
77.

H 33

Begründet von **H. Auspitz** und **F. J. Pick.**

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. ARNING, Dr. BEHREND, Dr. BESNIER, Dr. BERGH, Dr. BIDENKAP, Dr. BOECK, Prof. DOUTRELEPONT, Prof. DUHRING, Prof. EPSTEIN, Dr. FINGER, Dr. FREUND, Prof. GEBER, Dr. GRÜNFELD, Dr. GSCHIRHAKL, Dr. v. HEBRA, Dr. HOCHSINGER, Dr. HOROVITZ, Prof. JARISCH, Dr. KOHN, Prof. KÖBNER, Dr. KOPP, Dr. KRÓWCZYŃSKI, Prof. LANG, Dr. LASSAR, Prof. LELOIR, Dr. LESSER, Prof. LIPP, Dr. LJUNGGREN, Dr. LUSTGARTEN, Dr. MANDELBAUM, Dr. MICHELSON, Dr. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OBERLÄNDER, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Dr. RIEHL, Prof. RINDFLEISCH, Dr. SCHIFF, Dr. SCHUSTER, Prof. SCHWIMMER, Dr. SZADEK, Prof. TARNOWSKY, Dr. TOUTON, Dr. VAJDA, Dr. VEIEL, Dr. v. WATRASZEWSKI, Prof. WOLFF, Dr. v. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

Prof Caspary, **Königsberg** Prof. Kaposi, **Wien** Prof. Lewin, **Berlin** Prof. Neisser, **Breslau**

herausgegeben von

Prof. F. J. Pick in Prag.

Einundzwanzigster Jahrgang.

1889.

Mit 19 Tafeln und 2 Abbildungen im Texte.

Wien, 1889.

Wilhelm Braumüller

k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

Inhalt.

Original-Abhandlungen.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Register für den Jahrgang 1889.

1869—1889.

Zwei Decennien sind verflossen, seitdem das erste Heft dieses Archivs von Prag aus in die Welt geschickt wurde.

Hegte die Redaction auch keine bangen Zweifel über den Erfolg des Unternehmens, nachdem sie sich ja des Einverständnisses Hebra's und seiner Schule versichert hatte, so war sie doch freudig überrascht über die glänzende Aufnahme, deren das Archiv gleich vom Beginne theilhaftig wurde. Und als sich im weiteren Verlaufe der Jahre die Theilnahme der Fachgenossen für das Archiv immer mehr steigerte, als es überall hingedrungen war, wo wissenschaftliche Medicin betrieben wurde und die hervorragendsten Arbeiter auf dermatologischem und syphilidologischem Gebiete ihre besten Leistungen dem Archiv zuzuwenden liebten, da war die Redaction, von der Verlagshandlung eifrigst unterstützt, ehrlich bestrebt, den gesteigerten Anforderungen thunlichst Rechnung zu tragen, den Umfang zu erweitern, die Ausgabenfolge zu beschleunigen, und sich durch die Mitarbeit von Männern zu verstärken, deren Namen Bürgschaft geboten für eine erhöhte wissenschaftliche Thätigkeit.

Denn dieser allein gilt die Parole!

Unsere Ansicht über die Aufgabe eines wissenschaftlichen Specialblattes haben wir dabei unentwegt festgehalten. Es hat keine Concurrenz einzugehen mit den der gesammten

Medicin gewidmeten Wochenblättern, es hat den wissenschaftlichen Facharbeiten, seien sie theoretischen oder praktischen Inhalts, welche vorerst den Fachmann interessiren, eine würdige und weithin sichtbare Aufnahmsstätte zu gewähren, es hat ferner alle literarischen Leistungen auf dem Fachgebiete, wo immer sie niedergelegt werden, aufzulesen und zusammenzutragen und je nach ihrem Werthe in möglichst vollständigen Referaten wiederzugeben.

In wiefern die Redaction dieser Aufgabe gerecht geworden ist, in wiefern sie sich jenem Ziele genähert hat, das sie im Vorworte zum ersten Hefte des Archivs anzustreben versprochen, dem Ziele, „der dermatologischen und syphilidologischen Forschung, und zwar der anatomisch-physiologischen sowohl, als der pathologischen einen Brennpunkt zu bieten“ — in wiefern sie dazu beigetragen, dass die Dermatologie, welche nicht gar lange vordem „von der medicinischen Forschung fast ebenso ausgeschlossen war, wie der arme Hautkranke von der menschlichen Gesellschaft, heute aus einem Ecksteine der Wissenschaft zu einem Prüfsteine derselben sich entwickelt hat“, das zu entscheiden, wollen wir Anderen überlassen.

So möge denn das erste Heft des einundzwanzigsten Jahrganges, mit welchem wir das dritte Decennium inauguriren, die gleiche freundliche Aufnahme und Beurtheilung finden, wie dessen Vorgänger während der verflossenen zwanzig Jahre.

Prag, Januar 1889.

Die Redaction.

Originalabhandlungen.



Pajor: Urethritis

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien, VII. Bez.

Aus der dermatologischen Abtheilung
des Prof. Dr. Ernst Schwimmer, Budapest.

Urethritis membranacea desquamativa.

Von

Dr. Alexander Pajor,
erster Secundararzt.

(Hiezu Tafel I.)

Diese so selten gesehene, daher von manchen Autoren auch in Abrede gestellte Erkrankungsform der Harnröhre hatten wir Gelegenheit, wie es bei seltenen Fällen zufällig vorzukommen pflegt, gleichzeitig an zwei Kranken der Abtheilung in den Monaten Februar und März v. J. zu beobachten.

Die Literaturangaben über diese Abart des Harnröhrentrippers sind eben des seltenen Vorkommens halber nur sehr spärliche; in den die Blennorrhöe behandelnden Lehrbüchern findet sie kaum Erwähnung und das darüber Mitgetheilte ist oft im Widerspruch mit einander.

Zeissl[1]) sah in dem Harne eines an chronischem Tripper Erkrankten viele kleine und einzelne ein bis zwei Zoll lange, aufgerollte, häutige Flocken. Er führte hierauf eine Kautschukbougie in die Harnröhre ein und liess sie einige Minuten liegen; darauf liess er dem Kranken kaltes Wasser injiciren und alsbald erschienen beim Harnlassen anderthalb Zoll lange und einen halben Zoll breite, derbe, hellweisse, membranöse Flocken. Tags darauf wurde nach derselben Manipulation, mit dem Harne eine zartere, aber eben so lange, diesmal röhrenförmige silberweisse Membran

[1]) Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte. Wien 1852, I.

ausgestossen, die histologisch die Structur einer Croupmembran zeigte. Zeissl[1]) verlegt den Sitz dieser croupösen Entzündung, die in seinem Falle mit heftigem Schmerze am Perinealtheile der Harnröhre einherging, in den häutigen Theil der Harnröhre; er fasst die Affection als eine Steigerung des chronisch-katarrhalischen Processes auf, hervorgerufen vielleicht durch Injection stark reizender Flüssigkeiten, wie etwa Sublimatlösungen etc. etc.

Hancock[2]) (On the anatomy and physiology of the male urethra, London 1852) beobachtete ähnliche Fälle.

Pitha,[3]) der die Urethritis in eine katarrhalische und croupöse theilt, erwähnt von letzterer, dass sie nur in seltenen Fällen vorkomme, durch heftige, zumeist auch traumatische Ursachen veranlasst sei, wobei die hervorgerufene hochgradige Entzündung zur eitrigen Infiltration sämmtlicher Gewebe der Urethra führen kann. Die croupösen Platten können den Canal derart ausfüllen, dass in Folge dessen Ischurie eintritt.

Grünfeld[4]) beschreibt die Urethritis membranacea als eine acute, unter sehr heftigen Symptomen (Oedem der Vorhaut, Lymphgefässentzündung) verlaufende Tripper-Erkrankung. Mittelst Endoskop fand er die vordere oder hintere Urethralwand oder beide mit grauweissen, parallel der Harnröhrenaxe verlaufenden, der Schleimhaut fest anhaftenden Exsudatstreifen überzogen. Zuweilen kommen förmliche Plaques zu Stande, welche durch die länger dauernde Erkrankung und Veränderung der Gewebe sich gebildet hatten. Er fand solche blos in der vordersten Partie der Harnröhre, während die weiter hinten gelegene Partie ausser einer leichten Schwellung der Mucosa nicht verändert war; über die histologische Structur der Exsudation spricht er sich nicht aus.

Dr. Róna[5]) sah ebenfalls bei zwei im acutesten Stadium befindlichen eitrigen Blennorrhöen eine 1—2 Ctm. lange und 2—4 Ctm. breite, weissgrauliche, mit dem Tampon schwer abwischbare Auflagerung, die durch den Harn entleert, sich als

---

[1]) Lehrbuch der Syphilis, Stuttgart 1888.

[2]) l. c.

[3]) Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. 1855. In Virchow's spec. Path. u. Ther.

[4]) Der Harnröhren-Spiegel, Wiener Klinik 1877.

[5]) Adatok a buja-sbörbetegs. Orvosi hetilap 1884.

milchglasfarbenes, zähes, bis $^1/_2$ Mm. dickes Häutchen präsentirte und unter dem Mikroskope die Elemente einer Croupmembran darstellte. Die Localisation der Auflagerung war hier ebenfalls die schiffförmige Grube. Die hinteren Partien gaben einen ganz normalen Spiegelbefund.

Oberländer[1]) erwähnt auch eine membranöse Entzündung der Harnröhre, die aus croupähnlichen, kleinen Auflagerungen besteht, aber die er für keineswegs identisch mit der Grünfeld'schen acuten, entzündlichen Form hält; sie hat im Gegentheil einen ziemlich reactions- und schmerzlosen Verlauf. Die Membranen sitzen in der Regel in der zweiten Hälfte der Pars pendula, nahe am Bulbus, sind von weisser Farbe und haften sehr fest an ihrer Unterlage. Die Stellen bestehen meist monatelang, werden allmälig dünner und durchscheinender und sollen sich endlich auf diese Weise vollständig verlieren. Er fasst den Process als Verhornung auf und setzt ihn in Analogie mit der Leukoplakie (Schwimmer) der Mundschleimhaut; der mikroskopische Charakter konnte hier noch nicht festgestellt werden.

Wir sehen also hier unter dem Namen der membranösen und croupösen Urethritis Erkrankungsformen der Harnröhre geschildert, die aber grösstentheils ausser ihrer gemeinsamen Nomenclatur einander ziemlich unvermittelt gegenüberstehen.

Gemeinsam ist wohl allen das makroskopisch-morphologische Verhalten der Entzündungsproducte, aber different ist in der Mehrzahl derselben das klinische Bild, wie namentlich Verlauf, Localisation, abgesehen davon, dass der histologische Charakter auch nur bei der Minderzahl der bekannten Mittheilungen genauer festgestellt wurde.

Um nun kurz zu recapituliren:

Pitha ist der einzige, der laut unseren von dem Croup geläufigen Kenntnissen einen wahren Croup der Urethra (analog dem der Trachea) mit den diesem zukommenden schweren entzündlichen Erscheinungen, wie Ausgang in Gangrän, respective eitriger Schmelzung auch der periurethralen Gewebe beschreibt.

Grünfeld's Urethritis membranacea, die er im Anfangsstadium der acuten Blennorrhöe in Form von ganz schmalen

[1]) Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann 1886, Nr. 275.

Exsudatstreifen blos am vordersten Abschnitte der Harnröhrenwand constatirte, will er selbst nicht als Croup aufgefasst wissen, spricht sich aber auch nicht näher über das Wesen des Processes aus.

v. Zeissl und Dr. Róna hatten Gelegenheit, die Auflagerungen mikroskopisch zu untersuchen und beide fanden Elemente des Croups in denselben; doch während im v. Zeissl'schen Falle diese als croupös bezeichnete Membran während des Verlaufes eines chronischen Katarrhes in dem häutigen Theile der Harnröhre sich fand und ausser Perinealschmerzen gar keine reactiven Entzündungserscheinungen bot, war in Dr. Róna's Falle — dessen Beschreibung mit der Grünfeld's übereinstimmt — die Exsudation im Anfangsstadium einer acuten Blennorrhöe blos in dem vordersten Theile der Harnröhre vorhanden, während die übrige ganze Schleimhaut (ebenso wie im Grünfeld'schen Falle) ein normales Bild darbot. Also selbst diese beiden als Croup angesprochenen Fälle hatten differenten Verlauf und verschiedene Localisation. Im Falle v. Zeissl's torpider, reactionsloser Verlauf (die Perinealschmerzen dürften sich wohl nur auf das durch die Membran gesetzte mechanische Hinderniss beziehen) — laut Dr. Róna's Beschreibung wieder herrschten die Entzündungssymptome einer acuten Urethritis vor, ohne aber jenen destructiven Charakter anzunehmen, wie wir es bei Croup anderer Schleimhäute zu beobachten gewöhnt sind. Verlauf und Ausgang war in beiden angeführten Fällen der einer vulgären Blennorrhöe.

Oberländer's membranöse Entzündung sitzt — wie erwähnt — in der hinteren Hälfte der Pars pendula und hat einen chronischen schmerzlosen Verlauf ohne Secretion zu veranlassen, weshalb er auch den Process als Verhornung auffasst und dieser Urethritis den Namen squamosa supponirt. Die Membranen sollen dann durch Consumtion schwinden, d. h. immer dünner und durchscheinender werden und auf diese Art sich endlich ganz verlieren.

Die Localisation aller hier angeführten Auflagerungen der Harnröhre ist demnach — mit Ausnahme des Pitha'schen Falles — eine herdweise, circumscripte; bald ist blos eine kleine Partie der vorderen (Grünfeld-Róna), bald wieder nur der hinteren Harnröhre (Zeissl, Oberländer) afficirt.

Ich lasse nun die auf der Abtheilung des Herrn Prof. Schwimmer von uns beobachteten zwei Fälle, die in wesentlichen Punkten sowohl hinsichtlich der Ausbreitung des Processes, als auch der histologischen Structur der Membranen von den in der Literatur angeführten differiren, folgen:

1. V. J., achtundzwanzigjähriger, lediger Sicherheitswachmann,[1]) war früher immer gesund und kräftig. Im neunzehnten Lebensjahre acquirirte er den ersten Tripper; er stand damals als Reitknecht im Dienste und setzte aus falscher Scham seine anstrengende Beschäftigung fort, bis sich die Zeichen einer heftigen rechtseitigen Hodenentzündung zeigten, die ihn zwangen, das Spital aufzusuchen, wo er sechs Wochen verbrachte und angeblich gänzlich geheilt entlassen wurde. — Zwei Jahre darauf machte er den bosnischen Occupations-Feldzug mit; nach einer achttägigen ununterbrochenen Marschtour schwoll wieder diesmal der linke Hoden an, der ihn abermals zu einem dreiwöchentlichen Spitalsaufenthalte nöthigte. Von nun an fühlte er durch volle vier Jahre in den Genitalien gar keine Beschwerden, Secretion war keine vorhanden; bis im Herbste 1885 häufige Pollutionen auftraten, die ihn nicht nur Nachts, sondern auch während des Schlafes bei Tage — nach geleistetem Nachtdienste — befielen. Secretion war auch jetzt keine, hingegen verspürte er beim Harnlassen einen brennenden Schmerz in der Harnröhre. 1887 lag er im St. Rochusspitale angeblich mit Blasenkatarrh behaftet, und klagte über häufigen, je fünf Minuten sich erneuernden Harndrang. Nach einigen Blasenausspülungen klärte sich der früher trübe Urin, der Drang cessirte; aber kurze Zeit hernach traten wieder die peinlichen Pollutionen auf, die insbesondere leicht auch durch Genuss gewürzter Speisen hervorgerufen wurden. Sein Gemüthszustand wurde in Folge dessen deprimirt, Appetitlosigkeit, träger unregelmässiger Stuhl, häufiges Zittern in den Extremitäten stellten sich ein, ja sogar zwei Monate vor seiner Aufnahme auf unsere Abtheilung auch in den Halsmuskeln und machten ihn zum weiteren Dienste unfähig, so dass er veranlasst wurde, am 5. Februar l. J. Aufnahme bei uns zu suchen. — Hier gab der

[1]) In der Sitzung der k. ungar. Gesellschaft der Aerzte, Budapest, 17. März 1888, durch mich vorgestellt.

wohl etwas abgemagerte, aber sonst einen kräftigen Körperbau zeigende Patient noch an, dass er namentlich am Perinealtheile der Harnröhre und um die Aftermündung herum starkes Brennen fühle (Pruritus ani), in Folge dessen er die Hautpartie stark kratzte und so ein artificielles Eczem am Perineum hervorrief. Seit einem Jahre hatte er keinen Coitus ausgeübt, indem er dazu gar keinen Reiz empfand. Die Eichel fühlt sich namentlich Nachts kalt an, und war damals von bläulich cyanotischer Farbe. Die Sensibilitätsprüfung des Penis ergab factisch, dass die rechte Hälfte der Eichel gegen Nadelstiche unempfindlich war; laut Angabe des Patienten datirt diese Anästhesie und oben erwähnte Parästhesie schon seit einem Jahre. Dazu gesellten sich noch Erscheinungen von Spinalirritation, wie Formicationsgefühl längs der Wirbelsäule und wie oben erwähnt Zittern in den Extremitäten und Kopfmuskeln; es bestand allgemeine Niedergeschlagenheit. Die Darreichung von Bromkali und viermalige Einführung von Metallsonden in dreitägigen Intervallen war auf seinen Zustand von sichtlich guter Wirkung. Sonde 18 f. Charrière passirte anstandslos, Reaction, ausser einem leichten Brennen bei dem der Sondirung unmittelbar folgenden Harnlassen, keine.

Zehn Tage nach der Aufnahme (15. Februar) nahm ich mit Herrn Dr. Meisels die Endoskopirung der Harnröhre vor. Schon bei Einführung des Endoskops fiel es uns auf, dass trotzdem bei den früheren Sondirungen keine Strictur zu constatiren war, nunmehr der Harnröhrenspiegel Nr. 20 nur langsam gradatim eingeführt werden konnte. Die Urethra tastete sich als eine starre, rigide, dem Vordringen des Endoskops mässigen Widerstand bietende Röhre dar. Spiegelbefund: weissgrauliche Verfärbung der derben, sich hart anfühlenden Schleimhaut von der Pars prostatica bis zur Fossa navicularis; Secret äusserst gering. Wir dachten, eine Xerose der Schleimhaut vor uns zu haben. — Therapie: Einpinselung mit einprocentiger Jodtincturlösung.

20. Februar. Pollutionen sistirten, Secretion ebenfalls. Endoskopischer Befund derselbe.

27. Februar. Pars prostatica, colliculus seminalis zeigt ausser Röthung nichts Abnormes.

1. März. Das subjective Empfinden gebessert; der nächtliche Harndrang, der früher noch hie und da auftrat, hatte aufgehört;

das brennende Gefühl in der Harnröhre war ebenfalls gemildert, es stellte sich guter Schlaf ein. Einpinselung mit einprocentiger Jodtincturlösung.

4. März Morgens entfernte sich spontan mit dem Harnstrahl in die Urinflasche eine 9·5 Ctm. lange, 0·5 Ctm. breite, cylindrische, milchweisse, feine, häutige Röhre (Fig. 1), die dem inneren feinen Eihäutchen glich; die Membran war durch dicht nebeneinander, in beiläufig je 1 Mm. Abstand befindlichen, sowohl der ganzen Länge, als auch der Quere nach parallel verlaufenden, feinen Falten in zahlreiche kleine Felder getheilt, weshalb sie auch vom Patienten mit einer Schlangenhaut verglichen wurde; die Längsfalten traten etwas stärker hervor als die Querfalten; die Membran gab also einen getreuen Abdruck der inneren Fläche der Harnröhre.

5. März, endoskopischer Befund:

Caput gallinaginis noch stark hervortretend, hyperämisch; die Schleimhaut erscheint von der Pars membran. bis zum vorderen Drittel der Pars cavernosa röthlich, leicht blutend; die vordere Partie zeigt den ersten Status, weisslich, derb.

In der darauffolgenden Woche entleerten sich jedesmal in der Früh noch einzelne Membrantheile; der Harnstrahl, der gewöhnlich vor Entleerung der Membran etwas stockte und dünner war, war jetzt ein ununterbrochener, normal dicker.

Patient fühlt sich seit dieser Zeit anhaltend gut; seine theils in der Harnsphäre localisirten, theils von hier aus reflectirten Neurosen schwanden, so dass er das Hospital am 4. April l. J. geheilt verliess.

Fall Nr. 2 betraf einen neunundzwanzigjährigen Maschinisten, der am 26. Jänner l. J. auf unserer Abtheilung Aufnahme fand.

Sein erster Tripper datirte aus dem Jahre 1879, also gleichfalls wie im ersten Falle vor neun Jahren, der sich nun seit jener Zeit zum vierten Male wieder einstellte. In den letzten Wochen injicirte er nach seiner Angabe stärkere Adstringentien.

Bei der Aufnahme klagte er über häufigen Harndrang, Schmerz in der Harnröhre, in die Leistengegend ausstrahlend. Morgens war reichliches, grauweissliches, dünnes Secret vorhanden, das tagsüber sich bedeutend verringerte.

Therapie: Pillen von Oleum Santali; nach Aufhören der acuten Symptome und Beschwerden: Einführung von Metallsonde Nr. 18 Charrière.

13. Februar. Endoskopischer Befund: weissliche Verfärbung der Schleimhaut von der Pars membran. bis zur Mitte der Pars pendula; Secret war sehr gering.

15. Februar. Einpinselung mit einprocentiger Jodtincturlösung.

18., 19. und 20. Februar. Capillarinjection (Ultzmann) drei bis fünf Tropfen einer zweiprocentigen Arg. nitric.-Lösung.

20. Februar sieht man mittelst Endoskop die Schleimhaut etwas geschwellter, röthlich weiss, succulent.

Injection schwacher einprocentiger Bleilösungen.

27. Februar. Vor der Pars membran. an der oberen äusseren rechten Seite ist eine sichelförmige Stelle der Schleimhaut stark weisslich verfärbt; sie markirt sich dadurch lebhaft von der übrigen Schleimhaut und ist durch den Tampon nicht verwischbar; auf Druck ist diese Partie schmerzhaft. Wir hielten sie für einen Lapisschorf.

1. März Morgens bemerkte Patient, dass ein 1 Ctm. langes cylindrisches Häutchen von dem Aussehen eines feinen inneren Eihäutchens mit dem Urine abging.

Am Abend erkannten wir mit dem Endoskope, dass ein grosser Theil der Urethra von der Pars membranacea abwärts in ihrem ganzen Umfange grauweisslich verfärbt, und nur ein kleiner Theil im vordersten Abschnitte röthlich markirt erscheint. Wir konnten sogar durch Drehbewegungen mit dem Tampon ein 1 Ctm. langes, 0·5 Ctm. breites, halb cylindrisches Häutchen von der Oberfläche der Harnröhre loslösen.

Am 3. März entfernte sich spontan mit dem Urine eine 5 Ctm. lange, cylindrische, grauweissliche Membran.

Patient fühlt sich nun bedeutend wohler, der Harndrang hörte auf, Secret ist tagsüber fast gänzlich verschwunden und zeigt sich blos Morgens etwas reichlicher. Am 5. März musste Patient wegen dringender Familienangelegenheiten — in bedeutend gebessertem Zustande — abreisen.

Die histologische Untersuchung der Membranen, die auch vom Docent Dr. Pertik mit ausgeführt wurde, ergab (Fig. 2):

geschichtetes Pflasterepithel mit grossen Kernen, einzelnen Rund- und Wanderzellen. Sehr gut ersichtlich ist aus der Figur die faltenförmige Anordnung der Membran, die hier durch Parallelbalken dargestellt wird, welche ebenfalls aus Plattenepithel gebildet werden.

Wir haben es also in beiden Fällen mit einer mehrere Jahre (bald ein Decennium) andauernden, demnach äusserst chronischen Urethritis, mit Betheiligung sowohl des vorderen, als auch hinteren Harnröhrenabschnittes zu thun. Im Endstadium der Erkrankung zeigte sich eine Bildung membranartiger, der Harnröhrenschleimhaut aufsitzender Gebilde mit deren allmäliger Loslösung.

Die Symptome waren in beiden Fällen übereinstimmend: äusserst chronischer, schleppender Verlauf der Blennorrhöe, geringe Secretion und eine Reihe von krankhaften nervösen Erscheinungen (Neurasthenia sexualis), wie Schmerzen am Perinealtheile und auch längs des Verlaufes der Harnröhre, die in die Leiste ausstrahlten, Jucken um den After u. s. w.; hiezu gesellten sich namentlich prägnant im ersten Falle: continuirliche Pollutionen, Schwäche und Zittern in den Gliedmassen, ja sogar Anästhesie und Parästhesie im Bereiche des Penis.

Der Sitz der feinen, weisslichen Membranschläuche war nicht, wie in den in der Literatur angeführten Fällen circumscript blos in der vorderen, oder wie im Zeissl'schen Falle in der hinteren Harnröhre, sondern diffus, von der Pars membranacea ausgehend, nach vorne dem ganzen Verlaufe und Umfange der Harnröhre folgend; die Membranen adhärirten der Schleimhaut ziemlich fest und lösten sich erst nach Einwirkung äusserer Reize, wie Einführung des Endoskops, Metallsonde, oder selbst Injection schwacher (einprocentiger) Jod- oder Lapislösungen; in unseren beiden Fällen entfernten sie sich sodann spontan mit dem Morgenharne.

Den wesentlichsten Unterschied von den in der Literatur angeführten membranösen Urethritiden aber bietet die histologische Structur der Membran, die sich als rein epithelial erweist und insoferne eine desquamative Urethritis darstellt. Also nicht Croup der Harnröhre, dagegen spricht schon die Milde der ent-

zündlichen Erscheinungen und der chronische Verlauf. Es ist eben eine Form einer chronischen Urethritis mit stürmischer Epithelproliferation längs des ganzen Verlaufes und Circumferenz der Harnröhre, bei deren engen Raumverhältnissen günstige Gelegenheit geboten ist, dass die Epithelien eine zusammenhängende Membran, respective membranösen Schlauch construiren, analog den Schuppen, Platten bei Dermatitis, Eczem etc.; oder wie wir es bei der Niere als desquamativen Katarrh der Harnkanälchen zu beobachten Gelegenheit haben.

Mit der Leukoplakie der Mundschleimhaut (Schwimmer) ist diese Erkrankungsform nicht in Uebereinstimmung zu bringen, da jene ausser der Epithelialtrübung eine bedeutendere Veränderung der submucösen Schichten, namentlich in den vorgeschrittenen Stadien einen atrophischen, narbigen Zustand derselben darstellt, während in unseren, hier vorliegenden Fällen der Krankheitsprocess sich mehr an der Oberfläche der Harnröhrenschleimhaut in deren Epithelschichten abspielt. Der Leukoplakie der Mundschleimhaut entspricht also vielmehr die Xerose der Harnröhre.

Den vorher erwähnten analogen histologischen Befund bestätigen auch Anatomen, namentlich Neelsen[1]) an anatomischen Präparaten von Harnröhren; Letzterer fand constant, dass das Epithel der Harnröhre, welches im normalen Zustande einem Cylinderepithel ähnlich und von den neuesten histologischen Bearbeitern geradezu als einfaches Cylinderepithel gedeutet wird, auf der chronisch entzündeten oder auch von Narbengeweben durchsetzten Schleimhaut seinen Charakter derart verändert, dass an Stelle der cylindrischen Zellen schichtenweise übereinander gelagerte Platten auftreten.

Dasselbe Verhalten konnten wir nun auch in den geschilderten zwei chronischen Urethritiden markant in vivo bestätigen; woraus wir nun den Schluss ziehen können, dass die Bildung von Membranen in der Harnröhre nicht immer als gleichbedeutend mit einem croupösen Processe derselben aufgefasst werden könne, sondern dass dieselben nicht selten nur die Producte eines desquamativen Processes sind.

---

[1]) Ueber einige histologische Veränderungen in der chronisch entzündeten männlichen Urethra. — Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem geehrten Chef, Herrn Prof. Schwimmer für die freundliche Ueberlassung der Publication meinen besten Dank zu sagen.

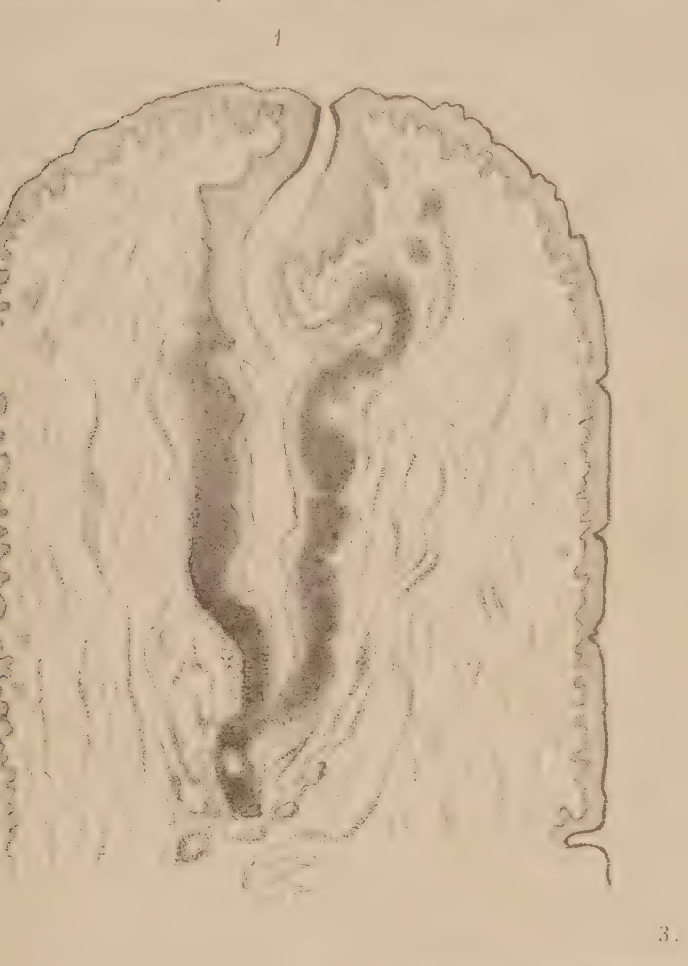
Die Reproduction des mikroskopischen Bildes besorgte freundlichst Herr Cand. med. A. Landauer.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel I.

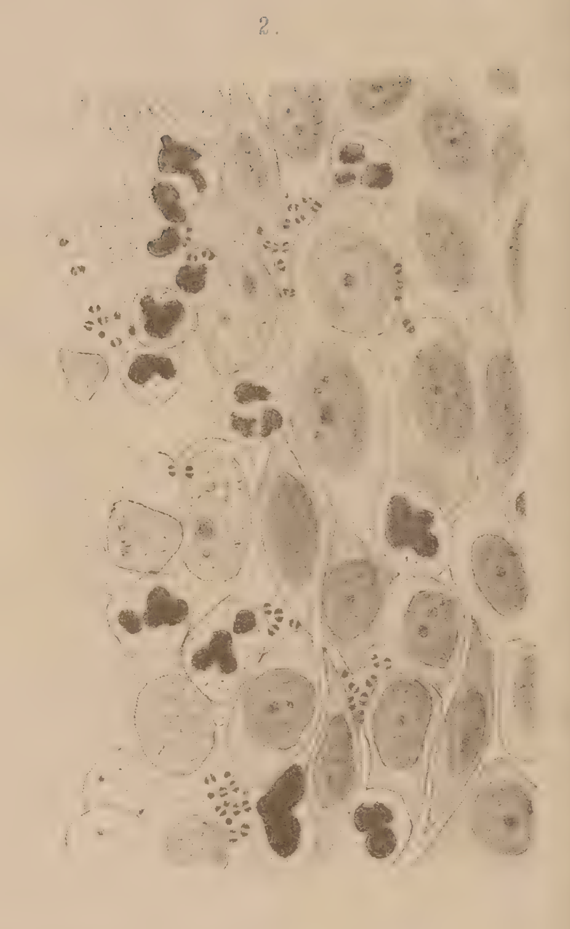
Fig. 1. Aus der Harnröhre abgestossener, membranöser Schlauch, durch dessen Lumen ein Sonde geführt ist (natürliche Grösse).

Fig. 2. Mikroskopisches Bild der Membran, bestehend aus geschichtetem Plattenepithel (*a*), Wanderzellen (*b*), Rundzellen (*d*), Falten der Membran (*c*), die den Falten der Harnröhrenschleimhaut entsprechen.

1



2.



3.



Touton: Folliculitis gonorrhoica.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien. VII. Bez.

Ueber Folliculitis praeputialis et paraurethralis gonorrhoica (Urethritis externa — Oedmansson).

Von

Dr. Karl Touton in Wiesbaden.

(Hiezu Tafel II.)

Die Literatur über die Erkrankung der accessorischen Drüsen der weiblichen Genitalien beim Tripper ist ziemlich reichhaltig. Insbesondere wurde häufig berichtet über die gonorrhoische Entzündung der Bartholini'schen oder Vulvovaginaldrüse. Auch wurde deren entzündliches Secret nach der Entdeckung der Gonococcen häufig auf letztere untersucht. Ferner wurden beim Weibe nicht ganz selten die Schleimdrüsen der Urethra erkrankt gefunden. Guérin[1]) legt besonderes Gewicht auf die blennorrhoische Erkrankung der die weibliche Urethralmündung umgebenden Drüschen (Krypten oder Follikel). Er nennt diese Affection Urethritis externa. Die kleinen Abscesschen brechen manchmal nach der Urethra und nach der Vulva durch und bildeten so kleine Fisteln von geringer Bedeutung. Pouillet[2]) beschreibt ebenfalls diese „Blennorrhée uréthrale externe" und betont die Infectionsgefahr, welche die minimsten Spuren von Secret aus diesen kleinen blennorrhoisch afficirten Follikeln in sich bergen. Auch Lormand[3]) berichtet über einen Fall von Localisation der Gonorrhöe in den

---

[1]) Maladies des organs génitaux de la femme. Paris 1864.

[2]) Les écoulements blennorrhagiques. Paris 1879.

[3]) Note sur un cas de fistule vestibulo-uréthrale d'origine blenn. (Ann. de dermatol. 1883).

präurethralen Follikeln. Bouchet[1]), Campana[2]), Hamonic[3]) und Mibelli[4]) behandeln denselben Gegenstand. Martineau[5]) widmet der Folliculitis blennorrhagica beim Weibe ein ganz besonderes Interesse. Boutin[6]) hebt die Localisation der virulenten Blennorrhöe in den drüsigen Organen des Genitalapparates hervor und beschreibt eingehender die verschiedenen Formen der Bartholinitis und die Folliculitis periurethralis.

Beim Manne sind die im Gefolge der Gonorrhöe auftretende Prostatitis und die Entzündung der Cowper'schen Drüsen (besonders von Gubler 1849) häufig Gegenstand von Publicationen gewesen. Der Nachweis der Gonococcen im Eiter derselben steht noch aus.

Gerheim[7]) glaubt aus dem Verlauf einiger Fälle von acuter Prostatitis schliessen zu dürfen, dass es sich dabei um eine Mischinfection handelte.

Entzündung der Littre'schen Drüsen ist nicht so selten durch Betastung der männlichen Urethra von aussen nachzuweisen. Sie entleeren sich entweder nach der Urethra und machen so meist kurzdauernde Exacerbationen des Trippers mit gonococcenhaltigem Eiter oder sie verursachen Periurethralabscesse. Oft stellen sie wohl auch den Sitz der chronischen Gonorrhöe dar.

Unter Urethritis externa, welchen Namen Guérin (s. o.) der Entzündung der paraurethralen Krypten beim Weibe beilegte, beschreibt Oedmansson[8]) beim Manne die Entzündung der auch hier wenngleich viel seltener vorzufindenden paraure-

---

[1]) De la folliculite blenn. chez la femme et de son traitement. (Thèse de Paris 1884.)

[2]) Follicolite blennorragica (Giorn. ital. delle mal. ven. 1884).

[3]) Fistule vestibulo-uréthrale consécutive à une folliculite blenn. péri-uréth. (Annal. de Dermat. 1884.)

[4]) Follicolite blennorrhagica (Bull. de la Soc. d. sc. med. 1885).

[5]) Sur le traitement de la folliculite blenn. chez la femme (Bullet. et mém. de la soc. de thér. 1884 und Leçons cliniques sur la blennorrhagie chez la femme 1885).

[6]) De la blennorrhagie localisée de la femme (Thèse de Paris 1883).

[7]) Ueber Mischinfection bei Gonorrhöe (Verhandl. der physik.-med. Ges. zu Würzburg. N. F. Bd. XXI, Nr. 5, 1888).

[8]) Om Urethritis externa, särskildt hos mannen och om cystabildningar a förhuden (Nord. med. Ark. XVII, Nr. 5, 1885).

thralen Gänge. Unter zehn Fällen fand er solche Gänge dreimal beiderseitig und siebenmal einseitig. Gewöhnlich münden sie in der Nähe der hinteren Commissur des Orificiums am Rande desselben, seltener vor oder hinter diesem mit einer feinen Oeffnung, sind in der Urethralwand gelagert und können bis 1 Ctm. lang sein. In acht Fällen hatte sich die bestehende Gonorrhöe in die Gänge hinein fortgesetzt, in einem war dies nicht der Fall, und in einem war keine Gonorrhöe vorhanden.

In sechs Fällen hat Oedmansson feine Canäle zwischen den Blättern des Präputiums gefunden, welche mit feinen Oeffnungen an verschiedenen Stellen, gewöhnlich auf der inneren Präputialfläche nahe an der Insertion des Frenulum, einmal im Limbus praeputii endeten. In Form feiner subcutaner Stränge erstrecken sie sich meist bis zum Limbus praeputii. Die Länge schwankt zwischen 1—3 Ctm., und ihre Weite gestattet mit Leichtigkeit das Eindringen einer mittleren Bowman'schen Sonde. Oedmansson sieht sie als abgeschlossene, dilatirte Lymphgefässe an, welche sich einen Ausgang durch die Haut oder Schleimhaut gebahnt haben. Er stützt diese Ansicht darauf, dass er ausserdem in sieben Fällen kleine Lymphcysten im Präputium gefunden hat. Diese Gänge nun können auch gonorrhoisch inficirt werden, was Verf. in allen sechs Fällen beobachtete. In fünf Fällen bestand gleichzeitig Urethritis gonorrhoica. Welander hat auch einen Fall gesehen, in dem ein solcher Gang im Präp. isolirt mit Gonorrhöe inficirt wurde. Er fand Gonococcen in den Eiterkörperchen.

Pontoppidan[1]) hat die blennorrhoische Entzündung der paraurethralen Gänge, deren Ausmündung — einem Thränenpunkt vergleichbar — im Orificium urethrae liegt, auch recht häufig beobachtet und rasche Heilung durch Einführung feiner mit Lapis überzogener Sonden erzielt, was Oedmansson ebenfalls (Sonden mit Watte umwickelt in Höllensteinlösung, Sublimat oder Jodtinctur getaucht) empfahl. Bergh[2]) hat die blennorrhoische Er-

[1]) Referat über Oedmansson's Arbeit in Monatshefte für prakt. Dermatol. 1885. pag. 457.

[2]) Referat über dieselbe Arbeit in Virchow-Hirsch's Jahresbericht 1885.

krankung der im Präputium gelegenen Gänge in einem Falle gesehen und ähnlich behandelt.

Ich lasse nun eine kurze Uebersicht über die Gonococcenbefunde im Secrete der verschiedenen bei Gonorrhöe erkrankten accessorischen Drüsen und Follikel des Genitalschlauches — über Gonococcenbefunde im Gewebe liegt meines Wissens nichts vor — folgen und beginne mit der auch in dieser Richtung am eingehendsten untersuchten Bartholinitis.

Arning[1]) betrachtet die Bartholinitis auf Grund des constanten Vorkommens von Gonococcen sowohl im Eiter acuter wie chronischer Fälle als eine echt blennorrhoische Affection.

Bumm[2]) bestätigte zuerst Arning's Befunde im Ganzen, fügte aber gleich einen Fall hinzu, in dem ohne Gonorrhöe die Drüse während der Gravidität vereitert war. Gonococcen fehlten, doch fanden sich Stäbchen im Eiter. In neuerer Zeit äussert sich derselbe Autor[3]) so, dass die einfache, nicht abscedirende, acute und chronische Bartholinitis auf reiner Gonococceninfection beruhe, dagegen die Vereiterung der Drüse auf secundärer oder Mischinfection mit Eitercoccen. „Schält man eine solche in Vereiterung begriffene Drüse mit dem umgebenden Zellgewebe heraus und untersucht, so ist von Gonococcen nichts mehr zu sehen. Der Eiter im Lumen der Drüse enthält nur pyogene Staphylococcen. Diese haben die Gonorrhöemikroben überwuchert, sind in den Drüsenbalg und von da bis ins periadenitische Bindegewebe eingedrungen, welches mit dichten Coccenhaufen durchsetzt ist und bereits die ersten Anfänge eiteriger Einschmelzung zeigt." Bumm fasst den Vorgang so auf, dass die Gonococcen durch Epithelläsionen den Eitercoccen den Boden zum Eindringen ebnen. In derselben Arbeit berührt Bumm auch die uns hier mehr interessirenden kleinen Schleimfollikel der Urethra, indem er sagt: „Ganz ähnlichen Verhältnissen wie

---

[1]) Ueber das Vorkommen von Gonococcen bei Bartholinitis (Vierteljahresschr. f. Dermat. und Syph. 1883).

[2]) Zur Kenntniss der Gonorrhöe der weiblichen Genitalien (Arch. für Gynäkologie XXIII, 1884) und Der Mikroorganismus der gonorrhoischen Schleimhauterkrankungen „Gonococcus" — Neisser. II. Aufl. Wiesbaden 1887.

[3]) Ueber gonorrhoische Mischinfection beim Weibe (Deutsche med. Wochenschr. 1887, Nr. 49).

an den Vulvovaginaldrüsen begegnen wir an den Schleimfollikeln der weiblichen Harnröhre. Es kann auch hier unter dem begünstigenden Einflusse der gonorrhoischen Entzündung zur pyogenen Infection eines oder mehrerer Follikel kommen, die vereitern und unter heftigen Beschwerden endlich in das Lumen der Harnröhre oder nach hinten in die Scheide aufbrechen."

Welander[1]) untersuchte zwölfmal das Secret der Bartholinischen Drüse. Es fanden sich keine Gonococcen, aber andere Mikroben darin. In fünf Fällen von acuter Bartholinitis fanden sich keine Gonococcen, obwohl drei von den betreffenden Frauen solche in der Urethra hatten. Bei zwei Frauen, welche an Fisteln in Folge eines vorausgegangenen Bartholinitischen Abscesses litten, und bei einundzwanzig Weibern mit eitrigem Ausfluss aus dem Ausführungsgang der Drüse, entdeckte er in jedem Fall Gonococcen. Mit Ausnahme einer einzigen von diesen Frauen hatten alle auch Gonococcen in der Urethra.

Steinschneider[2]) untersuchte auf Neisser's Klinik vierunddreissig Fälle von frischer Gonorrhöe und fand in den Bartholinischen Drüsen nur einmal Gonococcen, in drei Fällen von alter Gonorrhöe kein Mal.

Gerheim[3]) veröffentlicht folgende zwei Fälle aus Bumm's Privatpraxis. 1. Gon. urethr. et cervic. Einen Monat später gonorrhoische Infection des Ausführungsganges der linken Bartholinischen Drüse (viel gonococcenhaltiger Eiter). Nach einem weiteren Monat Röthung und Schwellung der Drüse selbst. Exstirpation. Das Epithel fast völlig zu Grunde gegangen, im Eiter und Gewebe keine Gonococcen, sondern überall im Eiter sowohl als den innersten Schichten der Drüsenbläschen der Staphylococcus aur. 2. Gon. urethr. et cervic. Gonorrhöe der rechten Bartholinischen Drüse (viel Gonococcen im schleimig-eitrigen Secret). Abscedirung der linken Bartholinischen Drüse. Der Eiter enthält keine Gonococcen, wohl aber sehr reichlich Staphylococcus aur. et alb., sowie längliche Stäbchencolonien.

---

[1]) Einige Untersuchungen über die pathogenen Mikroben der Blennorrhagien (Nord. med. Ark., Bd. XVI, Nr. 2, 1884).

[2]) Ueber den Sitz der gonorrhoischen Infection beim Weibe (Berl. klin. Wochenschr. 1887, Nr. 17).

[3]) l. c.

Fabry[1]) fand unter zwölf Fällen frischer Gonorrhöe zweimal in den Ausführungsgängen der Gland. Barthol. spärliches Eitersecret, welches Gonococcen enthielt.

Bonnet[2]) sah sehr häufig im Abscessinhalt Gonococcen.

Horand[3]) kam zu dem Resultat, dass wenn gleichzeitig mit der Bartholinitis eine blennorrhoische Urethritis oder Vaginitis vorhanden ist, die erstere gewöhnlich auch gonorrhoischer Natur ist. Unter 483 Frauen hatten 38 Bartholinitis, darunter 15 eine gonorrhoische. In diesen 15 Fällen war sie dreimal die einzige blennorrhoische Erkrankung, zwölfmal mit Urethritis blennorrh. gleichzeitig vorhanden.

In vier Fällen wurden von Welander[4]) die Gonococcen in periurethralen und lymphangitischen Abscessen bei Männern nachgewiesen, während Bockhart[5]) im Eiter eines Periurethralabscesses nur den Staphylococcus pyogenes aureus und keine Gonococcen fand.

Wir kommen nun zu den uns am meisten interessirenden Gonococcenbefunden in den kleinen Follikeln. Martineau[6]) hat in den entzündeten Follikeln der Umgebung der weiblichen Urethra und in denen der Vulva den Gonococcus nachgewiesen. Horand[3]) fand unter 146 Fällen von Folliculitis beim Weibe nur zweimal Gonococcen im Secret der Follikel. Dabei war gleichzeitig Urethritis gonorrh. vorhanden. Er glaubt, dass, wenn die Folliculitis allein vorhanden ist, das Secret nie Gonococcen enthält und verwirft hiermit die Ansicht derer, welche in der Folliculitis eine Hauptquelle der Gonorrhöe-Infection erblicken.

Die eingehendste Arbeit über die blennorrhoischen Folliculitiden

---

[1]) Ueber die gonorrhoischen Schleimhautaffectionen beim Weibe (Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 43).

[2]) Des cystes et abscès des glandes vulvovaginales (Gaz. des hôpit. 1888, Nr. 69).

[3]) Notes pour servir à l'étude de la blennorrhagie chez la femme (Lyon méd. 1888, Nr. 43).

[4]) l. c.

[5]) Ueber secundäre Infection (Mischinfection) bei Harnröhrentripper (Monatsh. für prakt. Dermatol. 1887).

[6]) Folliculite blennorrhag. des femmes (Lyon méd. 1884, Nov. 2.).

beim Manne mit Secretuntersuchungen lieferte Hamonic.[1]) Nach einer literarischen Einleitung theilt er diese Erkrankungen ein in:

1. Folliculite des glandules de la couronne du gland ou balano-folliculite;

2. Foll. du méat urinaire;

3. Foll. de la fosse naviculaire;

4. Foll. de la portion pénienne du canal de l'urèthre, ou urèthro-folliculite pénienne;

5. Foll. des portions membraneuse et prostatienne ou prostato-folliculite ou follicul. portérieure.

Diese einzelnen Formen werden klinisch ganz ausführlich beschrieben, bei der ersten erwähnt er besonders den Gonococcengehalt des Eiters. Am Schluss der Arbeit sagt er, dass der Eiter der blennorrh. Folliculitiden regelmässig in jedem Stadium Mikroben enthält, unter denen sich der Gonococcus in wechselnder Menge findet. Die Möglichkeit der Contagion ist also vorhanden, jedoch ist dieselbe intermittirend. Sie ist am grössten, wenn irgend eine Reizung die specifische Entzündung anfacht. Die tägliche Erfahrung lehre, dass in allen Fällen, wo eine Frau inficirt wurde von einem an chronisch-blennorrhoischer Folliculitis leidenden Mann, eine Reihe geschlechtlicher Erregungen dem Coitus vorausgingen, oder derselbe übermässig lange dauerte, oder endlich, dass der Coitus am Morgen, vor der Ausspülung der Urethra durch den ersten Urin, vollzogen wurde. Unter anderen Umständen erfolgt die Ansteckung selten.

Ich verweise hier auch noch auf den pag. 17 citirten, von Welander untersuchten Fall.

Ich hatte Gelegenheit, zwei Fälle genauer zu beobachten, welche sich an die vorstehend beschriebenen Tripperinfectionen der kleinen paraurethralen und präputialen Krypten oder Follikel anschliessen. Besonders der zuerst zu beschreibende scheint mir ein gewisses Interesse zu beanspruchen, weil ich durch die Exstirpation des fraglichen, rein mit Gonococcen inficirten Gebildes (keine Mischaffection) in die Lage kam, das Verhalten der

[1]) Des folliculites blennorrhag. de l'homme (Ann. méd.-chir. franç. et étrang. 1885, Nr. 7.).

Gonococcen im Gewebe zu beobachten, wozu meines Wissens bis jetzt nur Bumm bei der blennorrhoisch erkrankten Conjunctiva Gelegenheit nahm.

I. Fall. Folliculitis praeputialis gonorrhoica.

Der dreissigjährige Herr N. N. inficirte sich am 2. September v. J. mit Gonorrhöe. Am 7. September trat er in meine Behandlung, welche zuerst in entsprechender Diät, Eis und Ol. ligni Santali bestand. Im Beginne der dritten Woche post inf. begann ich mit Injectionen von Kali hypermang. 0·01 : 100·0. Die Gonorrhöe verlief günstig, am 8. October war kein Secret mehr vorhanden, nur noch spärliche Fäden in der ersten Portion des Morgenurins.

Am 20. September fand sich eine nach Angabe des Patienten am Tage zuvor aufgetretene schmerzhafte Schwellung am Präputium. War dasselbe über die Eichel, welche es vollständig bedeckte, vorgezogen, so sass rechts von der Raphe, einige Millimeter nach hinten und aussen von der Umschlagstelle eine scharf umschriebene, stark vorspringende, erbsengrosse, rothe Geschwulst. Patient gab an, dass er bereits vor sieben Jahren an der gleichen Stelle eine nicht sichtbare, jedoch fühlbare kurze, strangartige Härte bemerkt habe. Er war damals beim Militär und ein befreundeter Lazarethgehilfe wollte ihm das Ding herausschneiden. Patient hatte früher noch keinen Tripper, auch hatte er nie bemerkt, dass aus der harten Stelle etwas herauszudrücken war. Bei stärkerem Druck nun auf die beschriebene Geschwulst entleerten sich aus einer nadelstichgrossen, scharfrandigen, nach links sehenden Oeffnung drei dicke Tropfen leicht blutig gestreiften Eiters. Derselbe enthielt eine ziemliche Anzahl gonococcenhaltiger Eiterzellen. Während das Urethralsecret gonococcenfrei war, bot der Abscesseiter[1]) das in nichts vom gewöhnlichen Eiter des beginnenden acuten Trippers verschiedene Bild dar. Andere

[1]) Wenn ich hier und im Folgenden von Abscess spreche, so ist dies insofern nicht ganz richtig, als, wie die spätere mikroskopische Untersuchung zeigte, es sich nicht um eine eiterige Einschmelzung des Bindegewebes handelte, sondern um einen eiterigen Erguss in einen präformirten Hohlraum, also um einen intrafolliculären Abscess, wenn man will, nach Analogie der intraglandulären Abscesse (Hardy citirt bei Bumstead, Venereal Diseases pag. 120, IV. Heft) im Verlaufe der Urethra.

Mikroorganismen als Gonococcen waren nicht zu finden. Ich rieth dem Patienten, dass er den Abscess öfter ausdrücken sollte, liess mit zweiprocentigem Carbolwasser öfter am Tage reinigen und verordnete eine Sublimatlanolinsalbe, welche so über die Geschwulst befestigt wurde, dass eine möglichst sichere Isolirung der Urethralmündung vom Abscesse zu Stande kam. So blieb denn auch das noch bis gegen den 8. October merkbare Urethralsecret gonococcenfrei, während auch nach bedeutender Abschwellung, nach dem vollständigen Schwinden der Röthe und nachdem der Abscessinhalt mehr schleimig geworden war, derselbe immer noch Gonococcen enthielt. Man fühlte jetzt einen ca. 1 Ctm. langen, $^1/_3$ Ctm. breiten derben Strang etwas nach rechts von der Raphe praeputii, aus dem sich bei starkem Druck an der Umschlagstelle durch eine stecknadelkopfgrosse, regelmässige, kreisrunde Oeffnung wenig helles schleimiges Secret entleerte. Wegen der Gefahr, dass Patient sich selbst wieder die Urethra inficiren oder auf seine Frau Gonococcen übertragen könne, exstirpirte ich am 11. October den genannten Strang. Die durch fünf Nähte geschlossene Wunde heilte unter Jodoform in einigen Tagen.

Das excidirte keilförmige Stück kam sofort in absoluten Alkohol. Ich bemerke, dass Patient selbst am Morgen vor der Operation durch starken Druck alles Secret aus dem Strang entleert hatte, welches wieder reichlicher und mehr gelb war.

Ich lasse jetzt die mikroskopische Beschreibung einiger Secret-Trockenpräparate, sowie diejenige der Schnitte folgen.

I. Secretpräparate.

Dieselben sind mit starker wässeriger Methylenblaulösung gefärbt.

Präp. vom 20. September (einen Tag, nachdem der Abscess vom Patienten bemerkt wurde): Die Hauptmasse des Secretes besteht aus Eiterkörperchen mit den bekannten Zerfallserscheinungen an den Kernen (Theilung in mehrere Fragmente, zwerchsackähnliche und wurstförmige Bildungen). Relativ geringe Zahl meist rundlicher, seltener mehr länglicher Epithelien mit grossen Kernen. Grosse Menge fast ausschliesslich in Eiterkörperchen eingeschlossener, charakteristischer Gonococcenhaufen. Sehr selten sind

Epithelien mit vereinzelten aufgelagerten Gonococcen. Keine anderen Mikroorganismen.

Präp. vom 3. October: Mehr Epithelien, denen häufig kleinere oder grössere Gonococcengruppen aufgelagert sind. Stellenweise Fetzen zusammenhängender, meist platter Epithelien mit zwischengelagerten Eiterkörperchen. Oefter freiliegende Gonococcenhaufen. Im Ganzen erscheinen die Gonococcenhaufen vielleicht nicht so häufig wie am 20. September.

Präp. vom 11. October: Gonococcen wieder reichlicher. Freiliegende seltener als am 3. October.

II. Schnittpräparate.

A. Histiologisches.

Methoden der Färbung: Friedländer's Hämatoxylin, wässeriges Methylviolett, dieses mit Eosin, Carbolfuchsin-Fluorescinalkohol nach Kühne, Carbolfuchsin-Methylgrünanilinöl nach Kühne, sowie die anderen unten folgenden Bacterienfärbungen z. Th.

Schon makroskopisch sieht man in den Schnitten (in der Längsrichtung des gefühlten derben Stranges geführt) speciell in denen, welche den mittleren Partien entstammen, eine 7—8 Mm. lange, drüsenähnliche, mit einem spaltförmigen Lumen versehene, von der Epidermis ausgehende Einsenkung. Dieselbe fällt durch die dunklere Färbung ihrer Begrenzungen auf. Sie ist mit ihrer Längsaxe parallel den beiden Präputialblättern zwischen beiden gelagert. Spärliche, kurze Seitenzweige gehen in annähernd senkrechter Richtung zur Hauptlängsaxe ab.

Diese drüsenähnliche Einstülpung ist, wie das Mikroskop zeigt, mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet.

Nahe der Einstülpungsstelle und in den obersten Abzweigungen erscheint dasselbe am mächtigsten, es wird allmälig nach der Tiefe zu dünner. Die Abzweigungen des Lumens beginnen circa 2 Mm. hinter der freien Oeffnung; man könnte diese 2 Mm. vielleicht als eine Art Ausführungsgang (circa 1 Mm. im Durchmesser) betrachten. In der obersten Hälfte desselben besitzt die epitheliale Auskleidung noch alle Charaktere der Epidermis, insbesondere zieht sich auch die mit Carbolanilinfarben sehr intensiv gefärbte kernlose Hornschicht so weit in gleicher Mächtigkeit nach

innen. Auch die Körnerschicht schliesst sich als unmittelbare Fortsetzung des Stratum granulosum der Epidermis ungefähr ebenso weit an. Dann folgt ein im Durchschnitt circa 15 Zellreihen starkes Rete Malpighii mit obersten, horizontal liegenden, spindelförmigen bis platten Zellen, die mittleren Lagen mit grossen, protoplasmareichen, polygonalen oder rundlichen Elementen und wohlausgebildeten, breiten Interspinalräumen, zu unterst eine Basalschicht aus Cylinderzellen. Alle Zellen besitzen grosse, bläschenförmige Kerne mit einem oder mehreren Kernkörperchen. Hornschicht und Körnerschicht verlieren sich allmälig nach innen zu, so dass das eigentliche Lumen der Drüse meist begrenzt ist von horizontal liegenden spindelförmigen oder platten mit grossem, gut gefärbtem Kern versehenen Epithelien, hie und da aber auch von polygonalen oder rundlichen und an den Endpunkten der Verzweigungen, wo die Epitheldecke eine scharfe Umbiegung mitmachen muss, wohl auch von senkrecht gestellten spindel-, keulenförmigen oder cylindrischen Elementen.

Hie und da erscheinen die obersten, an das im Lumen befindliche Gerinnsel angrenzenden oder bereits in dieses eingebetteten Epithelien leicht gebläht, sowohl der Kern als das Protoplasma weniger intensiv gefärbt. Die Epithelauskleidung der eigentlichen Drüse beträgt dort, wo die Bindegewebsgrenze ziemlich gerade verläuft, circa fünf Zellenlagen; an den Stellen, wo das Bindegewebe sich einsenkt, ohne dass das Epithel mit seiner oberen freien Grenze diesen Einsenkungen folgt, bis zu der doppelten Anzahl Lagen. Die ziemlich weiten intercellulären Räume des eigentlichen Follikelepithels sind reichlich durchsetzt von Rundzellen, zwischen den grossen Zellen des Ausführungsganges kommen diese nur vereinzelt vor.

Der Epithelauskleidung sowohl des Ausführungsganges als des drüsenähnlichen Theiles selbst haften streckenweise blasse körnige Gerinnsel an, in welche Rundzellen und unregelmässig verworfene, abgestossene Epithelzellen theils einzeln, theils in kleinen Conglomeraten eingebettet sind. Die Epithelien sind manchmal ganz blass, schwach contourirt; auch ohne scharf abgegrenztes, umgebendes Protoplasma liegen völlig ungefärbte, ovale Epithelkerne in dem Gerinnsel, nur das Kernkörperchen ist noch leicht gefärbt.

Das Bindegewebe (ziemlich kernreich) ist bis zu einer Entfernung von circa $^1/_2$ Mm. von der Epithelgrenze durch eine äusserst dichte Rundzelleninfiltration eingenommen. Dort, wo dieselbe sich sehr massenhaft zwischen die Epithelien fortsetzt, ist gewöhnlich die Grenze zwischen beiden Lagen verwischt.

Abgesehen von denjenigen Abzweigungen der Follikelwand, denen auch kurze Verzweigungen des Lumens entprechen, macht das Bindegewebe noch unregelmässige, papillenartige oder mehr beetartige Erhebungen, respective Einsenkungen, denen die obere Epithelgrenze meist nicht folgt, sondern über welche sie wie bei der Epidermis gerade hinwegzieht. Nach aussen von dieser mehr compacten Infiltration bis gegen die epidermidalen Bedeckungen des äusseren und inneren Präputialblattes hin finden sich mehr herdweise um die erweiterten Gefässe gruppirte Infiltrate.

B. Bacteriologisches.

Färbemethoden: Man kann mit einfachen wässerigen Anilinfarblösungen Gonococcen im Gewebe ganz gut färben, nur ist es etwas heikel, den richtigen Augenblick zu finden, in dem man die Schnitte dem entfärbenden Alc. absol. entnehmen muss, damit die Gonococcen nicht mit entfärbt werden. Ich habe z. B. gute Präparate mit wässeriger Methylviolettlösung und Alkoholentfärbung erhalten.

Am zweckmässigsten scheinen mir Färbungen mit Anilinfarben, welche in Carbol-, Anilin- oder kohlensaurem Ammoniakwasser gelöst sind. Versucht habe ich mit positivem Erfolg Anilinwassermethylviolett mit Alkoholentfärbung (entsprechend Bumm's Toluidinwassermethylviolettfärbung); ferner Ammoniakwassermethylviolett nach Kühne[1]) mit Fluorescinalkoholentfärbung.

Für die beste und zugleich einfachste Färbung, welche gleichzeitig die Gewebe gut tingirt (Eiterzellenkerne und die meisten Gonococcen sehr dunkelroth, Epithelkerne ziemlich dunkel, Protoplasma rosa), halte ich folgende: Schnitte 10—15 Minuten in Carbolfuchsin (1·0 Fuchsin, 10·0 Alcoh. absol., 100·0 fünfprocentiges Carbolwasser), dann Entfärbung in Alcoh. absol. bis zur makroskopisch deutlichen Differenzirung der Gewebe, Bergamottöl,

[1]) Prakt. Anleitung zum mikroskopischen Nachweis der Bacterien im thierischen Gewebe, Leipzig 1888.

Canadabalsam. Auch hierbei versuchte ich, um die Entfärbung rascher eintreten zu lassen, Fluorescinalkohol nach Kühne manchmal mit positivem, häufiger mit negativem Erfolge. Es kommt dabei eben vielmehr darauf an, gerade den richtigen Moment zu treffen, als beim einfachen Alc. absol.

Die Gram'sche Methode lieferte negative Resultate.

Wem es nur auf die Färbung der Gonococcen und zwar auf eine recht sinnfällige ankommt, ohne Rücksicht auf Gewebstinction, dem sei die nur etwas weitläufige Carbolmethylenblaumethode Kühne's[1]) bestens empfohlen. Sie gibt sehr constante Resultate, und die Gonococcen heben sich aus dem blassen und verschwommenen Gewebe sehr deutlich ab. Ich rathe dabei, wie es auch Kühne für difficilere Objecte empfahl, dem Alkohol (vor dem Einbringen in Methylenblauanilinöl) etwas Methylenblau zuzusetzen. Man kann dann den Schnitt etwas länger darin lassen, so dass er weniger leicht im Anilinöl schrumpft.

Mit diesen Methoden konnte ich nun die Gonococcen nachweisen:

1. im Lumen der drüsenartigen Einsenkung und zwar in Eiterkörperchen und auf abgestossenen Epithelzellen manchmal in grösseren Rasen genau wie in den Secretpräparaten (s. o.), sowie frei zwischen den Zellen, welche isolirt oder in blasse Gerinnsel eingebettet der Wand anhaften.

2. Zwischen den Zellen der obersten Epithellagen, also in den intercellulären Gängen in Zügen (Diplococcus hinter Diplococcus) oder in kleinen Haufen die Zellen zum Theil bedeckend. Es ist gleichgiltig, welche Form die Zellen haben. Tiefer als etwa in der dritten bis vierten Reihe von oben, sowie im Bindegewebe fand ich keine. Es gelang mir, wenn auch nur äusserst selten, in den allerobersten der reichlich zwischen den Epithelien steckenden Eiterzellen Gonococcen nachzuweisen.

II. Fall. Folliculitis paraurethralis gonorrhoica.

Der jetzt noch kurz zu beschreibende Fall schliesst sich an die zuerst beschriebene Gruppe der Urethritis externa (Oedmansson) an.[2])

---

[1]) l. c. pag. 15 ff.

[2]) S. Seite 17 oben.

Es handelte sich um einen dreiundzwanzigjährigen Patienten, der sich in der vierten Woche einer acuten Urethralblennorrhöe befand. Am 26. Februar 1887 trat er in meine Behandlung und gab an, dass er seit einigen Tagen nach rechts und unten vom Orif. urethrae eine wunde Stelle auf der Eichel bemerke. Inmitten einer hanfkorngrossen Erosion an genannter Stelle, welche mit einem kleinen Krüstchen bedeckt war, fand sich nach dessen Ablösung eine scharf geschnittene nadelstichgrosse Oeffnung. Bei Druck entleerte sich dicker Eiter, welcher nach vorheriger gründlicher Reinigung der ganzen Gegend und nach Abschluss der Urethra entnommen wurde. Er enthielt zahlreiche gonococcenhaltige Eiterzellen, sowie Epithelien.

Das später untersuchte Urethralsecret enthielt ebenfalls reichlich Gonococcen. Nachdem ich Alles, was durch Druck aus der kleinen Oeffnung herauszubekommen war, entfernt hatte, versuchte ich eine feine Sonde einzuführen. Dieselbe drang 2 Mm. ein. Einige Tage später sondirte ich nochmals und kam etwa 5 Mm. tief in der Richtung gegen die Urethra. Einen Zusammenhang mit derselben konnte ich nicht nachweisen. Am 3. März fand ich im Urethralsecret keine Gonococcen mehr, im Secret aus der paraurethralen Oeffnung dagegen noch reichlich. Am 7. März war diese nur noch dann sichtbar, wenn durch Druck etwas Secret austrat; dasselbe stellte ein minimales schleimiges Tröpfchen dar und enthielt gleich dem an Quantität ebenfalls abnehmenden Urethralsecret auch keine Gonococcen mehr. Am 10. März war die kleine Oeffnung geschlossen, Urethralsecret ohne Gonococcen. Dagegen liess sich am 16. März durch starken Druck an der früheren Stelle wieder etwas Schleim entleeren. Am 5. April war die Oeffnung definitiv geschlossen, was mir gelegentlich am 27. December 1887 bestätigt wurde. Mitte April kein Urethralsecret mehr, doch enthielt der erste Urin noch Fäden.

In diesem nicht mikroskopisch untersuchten Fall ist eine ganz sichere Diagnose der Art des kleinen Recessus nicht möglich. Es kann sich, was mir am wahrscheinlichsten ist, um eine gonorrhoische Eiterung in einer kleinen, von der Oberfläche der Glans sich einsenkenden Krypte gehandelt haben. Es liegt ferner die Möglichkeit vor, dass der Eiter einem Fistelchen entstammte, welches ursprünglich in der Fossa navicularis begann und dessen

innere Oeffnung sich nach dem Durchbruch geschlossen hatte. Das Fistelchen könnte auch angeboren gewesen sein. Oder es war aus der Vereiterung einer Lacune der Urethra oder einer dem Orificium benachbarten Schleimdrüse entstanden, ähnlich wie es Jamin[1]) beschreibt. Ich habe mehr den Eindruck, dass die Oeffnung eine präformirte, nicht durch Eiterdurchbruch entstandene war. Eine eigentliche entzündliche Anschwellung, die sich nach aussen dem Gesicht bemerkbar gemacht hätte, oder die sich hätte fühlen lassen, ehe der Eiter durch die Oeffnung durchkam, konnte weder der Patient noch ich constatiren.

Ich wende mich nun zur Besprechung des erstbeschriebenen Falles. Zunächst einige anatomische Bemerkungen zu dem zwischen beiden Präputialblättern gelegenen Gebilde. So wie mir dasselbe in den Präparaten vorliegt, kann ich es nur als eine epitheliale Einstülpung der Haut ansehen. Jedoch ist es nicht mehr thunlich aus dem möglicher Weise durch die dreiwöchentliche Entzündung veränderten Epithel mit Bestimmtheit einen Schluss auf die Art dieser Einsenkung respective deren Function im normalen Zustande zu machen. Die Epithelauskleidung, sowie die ganze Configuration des Gebildes (langer Schlauch mit spärlichen, ganz kurzen Seitenzweigen, keine traubenförmige Gruppirung von Drüsenbläschen) lassen dasselbe keineswegs als Talgdrüse ansprechen. Am ehesten kann man es wohl als eine etwas abnorm gelagerte Tyson'sche Drüse ansehen, die nach Neumann[2]) weiter

[1]) Fistules juxta-uréthrales du méat (Ann. des maladies des org. génito-urin. Juillet 1886). Diese Arbeit ist citirt bei Lejars (Des canaux accessoires de l'urèthre; ibidem Juin 1888), bei dem sich eine reichliche Sammlung aus der Literatur findet, worin solche Gänge mit der von mir beobachteten Länge und Feinheit bis zu solchen von der Länge des ganzen Penis bis zur Prostata hin beobachtet wurden. Diese letzteren imponirten als zweite Urethra oder als Verlagerung der Ausführungsgänge der Prostata oder der Hoden oder als Ausstülpungen der unteren Partie des Rectums. Auch diese grossen Gänge wurden öfter (unter acht Fällen viermal) gleichzeitig mit Blennorrhöe der Urethra gonorrhoisch erkrankt gefunden. Manchmal war der accessorische Gang zuerst allein erkrankt und von ihm aus erfolgte dann erst die Infection der Urethra.

[2]) Lehrbuch der venerischen Krankheiten und der Syphilis I. Theil, pag. 30 (Wien 1888). cf. auch v. Düring (Beiträge zur Anatomie des Penis; Monatsh. für prakt. Dermatol. 1888 Nr. 22), welcher sagt: „Es gibt

nichts sind als Krypten, mehr oder weniger tiefe Einsenkungen der Cutis, die von Papillen und darüberziehender Epidermis (doch wohl etwas modificirt?), aber nicht von secernirendem Epithel ausgekleidet sind. Die anscheinenden kurzen Abzweigungen, von dem im Ganzen schlauchförmigen Gebilde können ganz gut durch Zusammenfalten der Wand nach der Entleerung des Eiters zu Stande gekommen sein. Ich glaube nicht, dass sie primär angelegten Seitenzweigen entsprechen.

Oedmansson war nicht in der Lage die von ihm zwischen den Blättern des Präputiums beobachteten Gänge, welche er als abgeschnürte und nach aussen durchgebrochene Lymphgefässe ansieht, mikroskopisch zu untersuchen und seine Hypothese zu bestätigen. Mein Fall spricht jedenfalls nicht zu Gunsten seiner Anschauung. Ferner spricht dagegen der Umstand, dass in seinen sechs Fällen diese Gänge gonorrhoisch erkrankt waren, und dass Welander (citirt bei Oedmansson) in einem gleichen Fall Gonococcen in dem Eiter des präputialen Ganges fand. Bis jetzt wenigstens sind wohl Gonococcen noch nicht in Lymphgefässen nachgewiesen worden.

In dem bei der Exstirpation vorliegenden Zustande war der obere Theil der der Kürze halber von mir als Ausführungsgang bezeichneten Partie des Schlauches mit Epidermis (kernlose Hornschicht, Strat. granulos.) ausgekleidet. Weiter nach innen folgte ausgesprochenes geschichtetes Pflasterepithel, welches man nur an einigen Stellen ganz in der Tiefe vielleicht geschichtetes Uebergangsepithel nennen könnte. Nirgends ist von Cylinderepithel eine Spur zu sehen.

Bezüglich der Frage, ob die Gonococcen nur in Cylinderepithel eindringen und fortkommen können, wie Bumm und

---

keine Drüsen des Präputialsackes und das Smegma besteht lediglich aus abgestossenen Epithelien." Es finden sich nur epitheliale Einstülpungen, welche zur Oberflächenvergrösserung dienen. Er unterscheidet die im Sulcus coronarius vorkommenden Gebilde (Appendices cavi praeputialis) und erklärt ihre entwicklungsgeschichtliche Entstehung, ferner die am inneren Vorhautblatt vorkommenden (Diverticula aggregata) und die neben dem Frenulum gelegenen, langen und schmalen Einstülpungen (Cysternae frenuli). Von solchen Gebilden in der Spitze des Präputium erwähnt v. Düring nichts; bei manchen Thieren sollen dort wirkliche Drüsen, besonders neben starken Haaren vorkommen.

Gerheim behaupten, bemerke ich gleich von vornherein, dass es vollständig irrelevant wäre, ob in meinem Falle die Einstülpung in gesunden Tagen vielleicht mit einem richtigen Cylinderepithel bekleidet gewesen ist — was mir jedoch äusserst unwahrscheinlich erscheint — und der gegenwärtige Zustand nur eine Regenerationsphase darstellt, ein Zwischenstadium auf dem Wege zum Cylinderepithel zurück. Zur Zeit der Exstirpation fanden sich jedenfalls Gonococcen nicht nur bis zur dritten Zellenlage zwischen den länglichen, senkrecht stehenden, oder den rundlichen und polygonalen Zellen, sondern, wie Figur 2 zeigt, auch zwischen den horizontal liegenden, platten Zellen. Bumm glaubt aus seinen Untersuchungen an der Conjunctiva folgern zu können, dass gewisse allgemeine Eigenschaften der Gonococcen überall zur Geltung kommen, wenn ja auch an den verschiedenen Schleimhäuten im Einzelnen geringe Differenzen möglich seien. Zu diesen allgemeinen Eigenschaften rechnet er vor Allem „die an der Conjunctiva festgestellte Eigenthümlichkeit, nur in das Cylinderepithel nie in das geschlossene Plattenepithel einzudringen, im Bindegewebskörper sich nur innerhalb der oberflächlichsten Schichten, und zwar meist frei zwischen den Zellen zu vermehren."

Gerheim formulirt am Ende seiner Arbeit seine Anschauung folgendermassen: „1. Die Gonorrhöe ist eine rein locale Erkrankung, die nur auf Cylinderepithel zur Entwicklung kommt. 2. Alle Entzündungsprocesse, die im Anschlusse an Gonorrhöe auftreten, beruhen auf Mischinfection, soweit sich die erkrankten Gewebe in ihrem histologischen Bau nicht eng an das Cylinderepithel anschliessen." Gerheim that jedenfalls sehr wohl daran, die letzte Beschränkung zuzufügen, obwohl sie natürlich der Willkür einen gewissen Spielraum lässt. Vielleicht schliesst sich nach seiner Beurtheilung auch das Epithel in meinem Falle eng an das Cylinderepithel an, während ich geneigt bin, es als ausgesprochenes geschichtetes Pflasterepithel, höchstens in der Tiefe der Krypte als geschichtetes Uebergangsepithel zu bezeichnen. Es ist unzweifelhaft, dass Bumm und mit ihm Gerheim den Begriff Cylinderepithel viel weiter fassen als allgemein üblich ist. Auch scheint mir Bumm, wenn er von geschichtetem Pflaster-

epithel spricht, immer einen leisen Nebengedanken an mehr epidermidales, oberflächlich wirklich verhorntes Gewebe zu haben. Ferner sieht er, wie ich glaube, das Uebergangsepithel als Zwischenstufe zwischen Pflasterepithel und Epidermis an, während es nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauche den Uebergang vom Cylinder- zum Pflasterepithel vermittelt. Dies ergibt sich, wenn man das rein Anatomische in folgenden Sätzen Bumm's mit dem betreffenden Passus z. B. in Stricker's Handbuch der Lehre von den Geweben, in Hyrtl's Lehrbuch und bei E. Mayer (Augenheilkunde) vergleicht. Bumm sagt: „In der Umgebung der Hornhaut und ebenso gegen die Lidränder zu, wo der epitheliale Ueberzug den Charakter des Plattenepithels anzunehmen beginnt, hört die Ansiedelung und Einwanderung der Gonococcen vollständig auf“ und weiter: „Am Uebergangsepithel des Limbus corneae und des Lidrandes schneidet die Pilzinvasion scharf ab, dasselbe behält ebenso wie das Pflasterepithel der Hornhaut, seine regelmässige Schichtung und sein normales Aussehen unverändert bei.“ Weiterhin ergibt sich aus der Vergleichung, dass die oben genannten Autoren an den Stellen, an welchen Bumm reichliche Gonococceninvasion vorfand, ein geschichtetes Pflasterepithel und kein Cylinderepithel vorhanden sein lassen.

Und wollten wir Bumm's Lehrsatz auf die männliche Urethra anwenden, dann gäbe es, wenn wir z. B. die sehr genaue Beschreibung des Epithels von Klein in Stricker's Handbuch zu Grunde legen, nur einen Tripper in der Strecke von etwas vor dem Bulbus bis hinter die Fossa navicularis, während wir doch gerade die Fossa navicularis und den Bulbus, sowie die Pars posterior, welche von Plattenepithel bekleidet sind, als Lieblingssitz der Gonorrhöe kennen.

Und weiter. Bumm und Gerheim beschreiben einen Tripper im Ausführungsgang der Bartholini'schen Drüse. Henle aber und Langerhans finden dort geschichtetes Pflasterepithel.

Ich habe schliesslich durch die Untersuchung meines Falles den directen Nachweis erbracht, dass die Gonococcen in mehrfach geschichtetes Pflasterepithel sehr wohl eindringen und darin fortkommen können.

Ich glaube nun, dass die wesentliche Grundbedingung für das Eindringen der Gonococcen ins Gewebe überhaupt nicht die

Form der Epithelzellen sein kann, sondern dass dieselbe in erster Linie darin zu suchen ist, dass die einzelnen Epithelzellen durch genügend weite Interspinalräume (Saftspalten) von einander getrennt sind, und dass die in denselben enthaltene Substanz eine möglichst geringe Consistenz hat. In zweiter Linie muss das ganze Epithel ein recht saftreiches sein, die einzelnen Zellen ein zartes nachgiebiges Protoplasma besitzen. Dies involvirt gleichzeitig die Ansicht, dass die Gonococcen nicht zwischen die verhornten kernlosen Zellenlagen der Epidermis eindringen können, welche nach dem Verschwinden der Saftspalten fest mit einander verlöthet werden. Bei dieser Fassung umgehen wir das Missliche, ein gerade vorliegendes Epithel sofort als ungeeignet zur Gonococceninvasion zu bezeichnen, weil wir gerade geneigt sind, ihm diesen oder jenen Namen zu geben. Und die Nomenclatur der verschiedenen Epithelbekleidungen wird wohl voraussichtlich, wie es bis jetzt war, auch in Zukunft stets einen mehr oder weniger subjectiven Charakter tragen.

Die soeben genannten günstigen Bedingungen für die Einwanderung der Gonococcen liegen natürlich in erhöhtem Maasse bei entzündlichen Processen vor, wo durch die mit den Eiterkörperchen durchtretende Entzündungsflüssigkeit die Intercellularräume weiter und wohl auch ihr Inhalt verdünnt wird, ebenso wie die Epithelzellen leicht aufquellen und weicher werden.

Bezüglich der Anordnung der Gonococcen zwischen den Epithelien und dem seltenen Vorkommen der Gonococcen in Eiterkörperchen, die noch im Epithel stecken, stimme ich ganz mit den ausgezeichneten Beschreibungen Bumm's überein, ebenso wie über den ganzen Modus der Invasion und ihrer Beziehung zur Eiterung. Ich glaube, dass auch Orcel[1]) im Wesentlichen das Richtige traf, wenn er sagt, dass Gonococcen und Eiterzellen aus den Gewebsinterstitien getrennt an die Oberfläche gelangen und sich daselbst vereinigen. Er hätte vielleicht besser gesagt, dass die frei an der Oberfläche vegetirenden Gonococcen erst dort von den Eiterkörperchen aufgenommen werden und dadurch ein grosser Theil an dem Eindringen ins Gewebe gehindert wird.

---

[1]) Lyon médical XVIII. 36. 1887.

Orcel kam zu seinem Ausspruche durch folgende Beobachtungen. Untersuchte er vor dem Uriniren oder Ausspülen der Urethra den Eiter, so lagen wie gewöhnlich die meisten Gonococcen in den Eiterzellen. Untersuchte er bald nachher, so war es gerade umgekehrt, die meisten Gonococcen lagen ausserhalb der Zellen. Wurde nun aber mehrere Stunden lang nach dem Uriniren etc. in Zwischenzeiten von zehn zu zehn Minuten untersucht, so fanden sich allmälig immer mehr in Zellen eingeschlossene Gonococcen.

Warum fanden sich nun in unserem Falle die Gonococcen nur in den oberflächlichen Lagen vor, warum fehlten sie in den tieferen Lagen und im Bindegewebe ganz, wo sie Bumm ganz oben auch antraf? Dies erklärt sich einmal aus der viel bedeutenderen Dicke der Epithelauskleidung, ferner aus dem Umstande, dass ich nicht Gelegenheit hatte auf dem Höhepunkte der Erkrankung, wo es sich um die geröthete, erbsengrosse Anschwellung handelte, zu untersuchen, sondern erst drei Wochen später, wo der Process fast abgelaufen schien, aber gerade wieder aufzuflackern begann.

Mit den obigen Auseinandersetzungen fällt selbstverständlich auch der zweite Satz von Gerheim bezüglich der Mischinfection. Ich glaube, Bumm hat damit wohl das Richtige getroffen, wenn er bei einer Vereiterung von Gewebe eine secundäre Eitermikrobeninfection annimmt, dagegen dort, wo im Bindegewebe keine eiterige Einschmelzung, kein eigentlicher Bindegewebs-Abscess, sondern wo nur ein sogenannter intraglandulärer Abscess vorliegt, eine reine Gonococceninfection zulässt.

Zum Schlusse noch einige praktische Bemerkungen. Ich glaube, so unscheinbar die besprochenen kleinen Affectionen auf den ersten Blick sind, so haben sie doch eine nicht geringe praktische Bedeutung. Ich nehme an, ich hätte den Abscessinhalt nicht mikroskopisch untersucht, dann wäre Patient wahrscheinlich fünf bis sechs Wochen nach der Infection entlassen worden, resp., da nur noch minimale Fädchen im Urin waren, von selbst weggeblieben. Die Spur heller Flüssigkeit aus der kleinen Oeffnung in der Vorhaut und die geringe nur fühlbare Verdickung hätten ihn wohl nur wenig genirt. Der Mann war verheiratet, und zwar war nach der Niederkunft seiner Frau so viel Zeit vergangen,

dass er wieder seinen ehelichen Pflichten nachkommen wollte. Er hätte seine Frau mit ziemlicher Sicherheit inficirt. Ich freue mich, dass ich nicht nach dem Vorgange von Oedmansson, Pontoppidan und Bergh mit Lapis armirte Sonden einführte, denn ich wäre sicher nicht in die kleinen Vertiefungen und schmalen Buchten gekommen, an deren Endpunkten die Hauptschlupfwinkel der Gonococcen waren. Ich hätte wohl auch ganz im Beginne den Abscess breit spalten und auskratzen können, wenn ich nicht gedacht hätte, dass er durch wiederholtes Ausdrücken vielleicht spontan heilen würde.

Jedenfalls ergibt sich, dass man bei Entzündung der kleinen paraurethralen und präputialen Krypten während einer Gonorrhöe immer das sorgfältig isolirt aufgefangene Secret auf Gonococcen untersuchen muss, dass man am Präputium entweder frühzeitig incidirt und auskratzt oder bald excidirt, in erster Linie um eine Selbstinfection in die bereits gonococcenfreie Urethra, zweitens um die Infection einer Frau, bei nicht mehr infectiösem Tripper der Harnröhre des Mannes und drittens um eine Secundärinfection mit Eitercoccen, richtige Abscessbildung und Phlegmone beim Manne zu verhindern.

Für die Therapie der inficirten paraurethralen Gänge scheinen mir die Vorschläge der skandinavischen Forscher (s. pag. 17) nachahmungswerth. Beim Weibe sah Martineau am meisten Erfolg dann, wenn er den Galvanokauter kalt auf die Follikelmündung aufsetzte und ihn plötzlich zur Weissglühhitze brachte. Dieses Verfahren verbietet sich aber in der Nähe der Urethra, wo Martineau vorsichtige Injectionen von Sublimat (1 : 500·0) machte.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel II.

Figur 1.

Mittlerer Längsschnitt durch die Krypte, rechts äusseres, links inneres Präputialblatt, oben die Umschlagstelle des Präputium. In deren Mitte Eingang in die Krypte. Starke kleinzellige Infiltration um dieselbe. Zwischen ihr und den beiden Präputialblättern schwache kleinzellige Infiltration in Zügen, meist um Gefässe. — Carbolfuchsin, Alc. absol. — Lupenvergrösserung zehnfach.

Figur 2.

Obere Epithellagen aus einem Stück der Follikelwand. Nach links Lumen des Follikels von einem feinkörnigen Gerinnsel begrenzt, welches allmälig in die obersten, leicht geblähten, blasser gefärbten Zellen übergeht. In dem Gerinnsel isolirte blasse Epithelkerne, Eiterkörperchen und Gonococcenhäufchen. In den Interspinalräumen zwischen den meist länglichen, platten, hie und da spindelförmigen, auch rundlichen oder mehr polygonalen, horizontal liegenden Epithelzellen und auf denselben durchwandernde Eiterzellen, Gonococcenzüge und -haufen. — Carbolfuchsin, Alc. absol. — Seibert Oelimmersion $^1/_{12}$ Oc. II., theils mit, theils ohne Abbé gezeichnet.

Figur 3.

Hier stehen die spindelförmigen oder ovalen Epithelien mit der Längsaxe senkrecht zur Oberfläche Im Uebrigen dasselbe, wie in Figur 1. Ausserdem in dem Gerinnsel Eiterkörperchen mit Gonococcen im Innern und eine Epithelzelle (in Auflösung) mit aufgelagerten Gonococcen. Links eine gonococcenhaltige Eiterzelle noch zwischen den obersten Epithelien. — Färbung und Vergrösserung wie bei Figur 1.



Boeck: Acne frontalis.

Ueber Acne frontalis s. necrotica. (Acne pilaris — Bazin.)

Von

Dr. Caesar Boeck,

Director der Universitätsklinik für Hautkranke in Christiania.

(Hiezu Tafel III.)

Die von Hebra in seinem Lehrbuch der Hautkrankheiten kurz und bündig beschriebene und als Acne frontalis bezeichnete Affection scheint noch zu den „versäumten Krankheiten" gerechnet werden zu müssen. Nicht nur ist die Aetiologie der Krankheit bisher ganz unbekannt, sowie ihre mikroskopisch-anatomischen Verhältnisse unerforscht geblieben, auch ihre klinischen Merkmale sind noch nicht vollständig beschrieben. Die Affection ist nichtsdestoweniger eine in mehreren Beziehungen sehr interessante, und da ich im vergangenen Jahre Gelegenheit hatte, einen sehr heftigen Fall zu beobachten, der geeignet scheint, die Aufmerksamkeit und das Interesse für die Krankheit zu erwecken, werde ich mir erlauben, diesen Fall hier mitzutheilen und gleichzeitig auch die Ergebnisse meiner mikroskopischen Untersuchung der herausgefallenen nekrotischen Schorfe anzuschliessen.

Herr N. N. (siehe Tafel III), einunddreissigjähriger Handelsmann von mittelstarker Statur und gesundem Aussehen, gehört einer zum Theil rheumatisch, zum Theil nervös disponirten Familie an. Er stellte sich bei mir zum ersten Male am 18. Mai 1887 mit einer charakteristischen Acne frontalis vor. Die Krankheit war damals auf der Stirn, dem Haarrande entlang und am oberen Theil der Wangen im Barte mit kleinen, hanfkorngrossen Papeln

verbreitet, und auch unter der Nasenspitze am Septum fand sich eine vereinzelte Papel vor. Der Ausbruch der Krankheit war mit etwas Jucken verbunden gewesen. Nach einer ziemlich leichten Behandlung schwand dieser Ausbruch nach kurzer Zeit vollständig; aber nach ungefähr einem halben Jahre stellte die Krankheit sich, und zwar mit ganz anderer Heftigkeit, wieder ein. Am 5. November 1887 sah ich den Patienten wieder und habe dann notirt: Ausser den hanfkorn- bis erbsengrossen markirten Narben an den früher genannten Stellen sieht man jetzt in der Fossa infraclavicularis dextra einen bohnengrossen, zirkelrunden, vertieften, granulirenden Substanzverlust der Haut und um denselben umher mehrere kleinere derselben Art und Beschaffenheit, sämmtliche nach herausgefallenen Schorfbildungen wie die unten beschriebenen entstanden. Etwas weiter nach unten, auf der Brust, findet sich noch eine bohnengrosse, soeben zugeheilte, noch rothe, vertiefte Narbe vor. Am Nacken und über den grössten Theil des Rückens sieht man einen entweder zerstreut auftretenden, oder meistentheils zu grösseren und kleineren Gruppen und Rosetten angeordneten Ausschlag, der zum Theil aus stecknadelkopf- bis erbsengrossen Papeln von blass- oder weissgelbem, eigenthümlich wachsartigem, ödematösem Aussehen besteht, zum Theil auch grössere, bis mehr wie bohnengrosse, erhabene, turgescirende Plaques und Elevationen von demselben ödematösen Charakter bildet. Diese grösseren Plaques zeigen aber zu gleicher Zeit ein aus dem Tiefen durchschimmerndes, violett punktirtes Aussehen der erhabenen Fläche. Endlich sieht man ebenfalls auf dem Rücken harte, fest adhärirende Schorfbildungen verschiedener Grösse, die weiter unten näher beschrieben sind.

Untersucht man die einzelnen Elemente dieses Ausschlages in ihren verschiedenen Entwickelungsstadien, kann Folgendes beobachtet werden: Die ganz kleinen Knötchen, die das erste Anfangsstadium bilden, kommen dadurch zu Stande, dass ein Haarfollikel mit seiner nächsten Circumferenz anschwillt und eine kleine Papel bildet, die noch nicht sehr scharf begrenzt ist. Diese kleine Papel erweitert sich allmälig, und wenn sie die Grösse eines Hanfkorns erreicht hat, und wenn dann die Hautpartie, auf der sie sitzt, gedehnt wird, sieht man im Centrum des Knötchens um den Follikel herum eine Menge äusserst

kleiner, staubförmiger, hämorrhagischer Pünktchen, die zusammen einen kleinen, schwach markirten, violettrothen Fleck bilden. Wenn die Dehnung der entsprechenden Hautpartie wieder aufhört, vermögen die kleinen capillaren Blutungen und Gefässerweiterungen auf diesem frühzeitigen Stadium noch nicht durch die ödematös imbibirte Oberhaut hindurchzuschimmern. An etwas grösseren Knötchen dagegen schimmert die violette Färbung immer durch, und wenn die Papeln mehr wie erbsengross werden und mehrere Follikelmündungen einschliessen, bildet das Ganze eine turgescirende, erhabene, ziemlich fest anzufühlende Fläche von punktirtem Aussehen und hellvioletter Farbe.[1])

Das nächste Entwickelungsstadium besteht darin, dass diese Fläche in der Mitte einzusinken anfängt, und gleichzeitig daselbst eine mehr bräunlich-violette Färbung annimmt, welche Veränderungen sich nach und nach über die ganze Papel oder die ganze Plaque verbreiten. In dieser Weise ist also die ganze erkrankte Hautpartie wieder in das Niveau der angrenzenden gesunden Haut oder unter dasselbe herabgesunken und liegt in derselben wie eine scharf begrenzte, zirkelrunde, harte Scheibe von bräunlich-violetter oder zuletzt vollständig brauner Farbe eingelagert. Die Oberfläche ist jetzt, wie gesagt, eigenthümlich hart, pergamentartig anzufühlen, und die ganze mumificirte Scheibe ist jetzt in der That als ein in die Haut eingefalzter, aber noch mit derselben intim verbundener fremder Körper anzusehen. Versucht man jetzt mit irgend einem Instrumente etwas von der mumificirten Scheibe zu entfernen, so findet man, dass die harte Masse, in welche die Oberhaut und ein grosser Theil der Cutis durch diesen nekrotischen Process umgebildet ist, eigenthümlich fettartig und doch äusserst zäh und cohärent ist, so dass man nur schwierig mit einer Pincette einige Partikelchen losreissen kann.

---

[1]) Hier auf dem Rücken kam es nämlich nicht vor, was man sonst häufig auf der Stirn wahrnimmt, dass in der Mitte der Papel die Epidermis erweicht und als ein an der unteren Fläche feuchter Schorf abgestossen wird, was in der Regel als Pustelbildung von den Verfassern aufgefasst und beschrieben worden ist.

Jede Sensibilität ist natürlich in diesem nekrotischen Gewebe erloschen. Hat man etwas von der Masse entfernt, ist sie, wie gesagt, fettartig imprägnirt und kann wie Wachs zwischen den Fingern geformt werden. — Bedeckt man jetzt die angegriffenen Hautpartien mit einem Emolliens, wird der mumificirte, nekrotische Schorf abgestossen und lässt ein zirkelrundes, granulirendes Ulcus hinter sich, das mehr oder weniger tief in die Lederhaut greift. Wird dagegen der Process fortwährend ungestört gelassen, so trocknet der Schorf mehr und mehr ein und löst sich in der Peripherie von der gesunden Haut ab, indem die Epidermi vom Rande aus, wie die Ablösung fortschreitet, zwischen den Schorf und den unterliegenden Theil des Coriums in der Weise herabwächst, dass der Schorf, wenn er herausfällt, einen grösstentheils schon überhäuteten, zirkelrunden Substanzverlust zurücklässt. Letzterer zeigt meistens in der ersten Zeit eine ausgesprochene, rothbraune Farbe, die erst nach und nach schwindet. Als allgemeine Regel gilt es, dass je weiter der Process um sich greift, je tiefer greift er auch in das Corium hinab, und überall und unter allen Umständen ist der Process mit Nekrose eines Theiles der Cutis verbunden.

Der Patient sollte sofort wieder in die Heimat zurückkehren, wo sich keine gute Gelegenheit gab, Bäder zu nehmen, und es wurden deswegen als hauptsächliche Behandlung Pillen von Sulphidum calcicum, 0·03 dreimal täglich, und äusserlich eine wässerige Ichthyollösung (1 : 4) zum Einpinseln der angegriffenen Partien zweimal täglich verordnet.

In einem Briefe vom 15. December 1887 meldete nun der Patient, dass eine Menge der Schorfe — doch noch nicht die grössten — ausgefallen wären. Er sagt weiter, dass nur vier bis fünf Tage verlaufen, nachdem der Schorf ausgefallen, bis der Substanzverlust überhäutet ist. Auch auf der Pars capillata hatte er jetzt einige kleine neue Papeln gehabt, die aber schnell geheilt waren. Von den ausgefallenen Schorfen, die er auf mein Verlangen mir schickte, war es ersichtlich, dass mehrere der grössten Plaques, seit ich den Patienten gesehen, sich noch peripherisch erweitert hatten.

Erst am 16. Jänner 1888 sah ich den Patienten wieder. Auf dem Rücken fanden sich jetzt weder Papeln noch Schorfe

mehr, sondern nur Narben, von deren Verbreitung, Grösse und Form die eine Woche später genommene Photographie, die in dem mitgegebenen Lichtdrucke (Tafel III) wiedergegeben ist, eine Vorstellung geben kann. Alle kleineren Narben sind jedoch natürlich nicht sichtbar, und auch die manchmal beträchtliche Tiefe der Narben, die oft die ganze Fingerkuppe aufzunehmen vermochten, tritt nicht auf der Tafel deutlich hervor. Die frischen, neuen Narben waren stark roth oder kupferbraun, welche Farbe wie bekannt durch das Photographiren immer sehr dunkel wiedergegeben wird.

Es hatten sich jetzt auch zwei beinahe erbsengrosse Papeln auf der äusseren Seite des rechten Oberarmes entwickelt, von welchen die eine schon alle Stadien durchgemacht und eine kupferrothe, etwas vertiefte Narbe zurückgelassen hatte, die, abgesehen von der Farbe, im höchsten Grade eine Vaccinationsnarbe simulirte. Die andere, nebenan situirte Papel hatte schon angefangen, in der Mitte einzusinken, und als ich sie eine Woche später beobachten konnte, hielt sie fortwährend an, sich peripherisch zu erweitern. Um den jetzt mehr wie erbsengrossen, eingetrockneten und eingesunkenen, bräunlich-violetten Schorf herum sah man einen ungefähr 3 Mm. breiten, erhabenen, ödematösen Limbus von wachsartig-weisslichem Aussehen. In diesem beinahe etwas durchschimmernden Limbus konnte man, besonders um die Follikelmündungen herum, eine Menge kleiner, capillarer Hämorrhagien von violetter Farbe wahrnehmen.

Patient war also vorderhand dem Anscheine nach beinahe vollständig geheilt, und reiste bald nachher nach Berlin. Aber in einem, im Juni 1888 geschriebenen Briefe berichtet er von einem neuen Ausbruche der Krankheit hauptsächlich auf dem Rücken und den Oberarmen und „theilweise in den alten Narben“.

Auch dieser Fall hat also insoferne den gewöhnlichen Verlauf dieser Krankheit genommen, als er sich mit wiederholten Ausbrüchen geäussert hat. In anderen Beziehungen dagegen muss der Fall als ein aussergewöhnlicher bezeichnet werden, namentlich mit Rücksicht auf die Heftigkeit der Ausbrüche, die Grösse der einzelnen Plaques und Elevationen und die weit verbreitete Localisation der Krankheit.

Für gewöhnlich bleibt ja diese Affection auf die Stirne, dem Haarrande entlang, auf den vorderen Theil der Pars capillata und die Schläfen beschränkt. Mitunter kommt sie auch auf verschiedene Gesichtsregionen, ausnahmsweise am Nacken und auf der oberen Brustregion vor. Ja Stephen Mackenzie[1]) soll ebenfalls in einem Falle die Krankheit auf dem Rücken beobachtet haben. Aber eine Localisation wie die in diesem Falle vorgefundene gehört gewiss zu den grössten Seltenheiten. Die Krankheit kam nämlich hier nicht nur an den genannten Prädilectionsstellen, sondern zu gleicher Zeit auch auf der Brust, auf dem Nacken, auf dem grössten Theil des Rückens und am rechten Oberarm vor.[2]) Uebrigens war in drei von den sechs Fällen, die ich mich erinnere hier in Norwegen gesehen zu haben, ausser den Prädilectionsstellen auch der Rücken ergriffen, und im Ganzen scheint die Krankheit, auch nach Beobachtungen von Dr. Bidenkap und Dr. Oewre, in Norwegen mit verhältnissmässig heftigen Fällen aufzutreten.

Was ich sonst noch hier als einen kleinen Beitrag zur klinischen Charakteristik dieser Krankheit besonders hervorheben möchte, sind erstens die in diesem Falle so durchgehends vorhandenen violetten Pünktchen, die in den weiter unten erwähnten colossalen Gefässerweiterungen und kleinen capillaren Hämorrhagien begründet sind, zweitens die Tendenz der Krankheit, bei neuen Ausbrüchen sich in den alten Narben zu localisiren und drittens den constanten Ausgang des Processes in Nekrose eines Theiles der Cutis mit der zugehörenden Epidermisdecke.

Die violetten Pünktchen treten, wie in der Krankengeschichte schon gesagt, an den kleinsten Papeln nicht hervor, oder wenigstens erst, wenn die entsprechende Hautpartie etwas

---

[1]) Clinical Societys Transactions 1884. (Nach einem Citate bei W. Allan Jamieson, Diseases of the skin, Edinburgh 1888.)

[2]) Zwar ist von Dr. Grunewald in den Monatsh. f. pr. Dermat. 1885, S. 81, „Ein Fall von Acne varioliformis universalis“ mitgetheilt worden; aber sowohl aus der Krankengeschichte, wie aus der mikroskopischen Untersuchung ist es ganz klar und sicher, dass dieser übrigens sehr interessante Fall nichts mit der wahren Acne varioliformis, also mit der hier in Rede stehenden Krankheit zu thun hatte.

gedehnt wird, und dies mag die Ursache sein, warum dieses Symptom nicht früher beobachtet und hervorgehoben wurde. Es ist nämlich dies gewiss nicht als eine nur in diesem Falle accidentell auftretende Erscheinung anzusehen, indem ich auch in einem anderen Falle, nachdem ich darauf aufmerksam geworden, ganz dasselbe wahrnehmen konnte.

Nie und nirgends habe ich in der mir zur Verfügung stehenden Literatur erwähnt gefunden, dass dieser Process regelmässig den Ausgang in eine Nekrose der Haut nimmt, und zwar in diejenige Form von Nekrose, die als Mumification bezeichnet wird. Und doch ist dies constant und immer der Fall, selbst bei den ganz kleinen Efflorescenzen, wenn man genau untersucht. Die Nekrose kann mehr oder weniger tief in die Cutis greifen, aber oft sehr tief, bis zur Grenze des subcutanen Gewebes, wie sowohl die klinische Beobachtung, als die mikroskopische Untersuchung der herausgefallenen mumificirten Schorfe zeigt.

Es muss somit, wenn diese Krankheit von L. Duncan Bulkley[1]) als „Acne atrophica or Lupoid Acne" bezeichnet worden ist, eine solche Bezeichnung als eine sehr wenig entsprechende und geradezu irreführende bezeichnet werden. Es handelt sich hier, wie gesagt, nicht um Atrophie, sondern um Nekrose der Haut, und auch der Ausdruck „Lupoid Acne" ist ein ziemlich unglücklich gewählter und leicht zu Confusionen führender. Freilich führen sowohl Lupus wie diese Krankheit alle beide zu Substanzverlusten, aber doch auf weit verschiedenen Wegen, und dazu kommt noch, dass von französischen Verfassern, wie Chausit[2]) und Bazin[3]), schon früher ganz andere Affectionen als Acne atrophique und Lupus acnëique bezeichnet worden sind. Um dagegen sogleich mit der Benennung der Krankheit an den wahren und wesentlichen Charakter und an den bisher wie es scheint übersehenen, aber constanten Ausgang des Processes zu erinnern, habe ich mir

---

[1]) Journal of cutan. and venereal diseases. Vol. I. New-York 1883, pag. 20.

[2]) De l'acne atrophique. Archives générales de médecine. Avril 1858, pag. 385.

[3]) z. B. Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule. Paris 1861, pag. 528.

also erlaubt vorzuschlagen, dass man die Krankheit als Acne frontalis s. necrotica bezeichnen sollte.

Die von Hebra und der Wiener Schule überhaupt benutzte Bezeichnung Acne varioliformis ist ja für viele Fälle und in manchen Beziehungen sehr treffend, aber deswegen weniger anwendbar, weil sie, wie bekannt, schon früher von Bazin auf eine ganz andere Krankheit, Molluscum contagiosum, angewendet wurde.

Die hier in Rede stehende Krankheit ist dagegen von Bazin als Acne pilaris bezeichnet worden, und zwar insoferne mit Recht, als die Krankheit vielleicht immer von einem Haarfollikel ihren Ursprung nimmt. Jedenfalls habe ich wiederholt constatiren können, dass die ganz kleinen, nur noch nadelspitzgrossen Papeln sich um ein einziges Haar herum entwickelt hatten, was auch die bisherigen Resultate meiner mikroskopischen Untersuchungen nach dieser Richtung andeuten. Nichtsdestoweniger hoffe ich, dass man meinen obigen Vorschlag nicht unnöthig und unbegründet, sondern praktisch finden wird. Inwiefern diese Krankheit überhaupt zu den Akneformen gerechnet werden soll, was von einzelnen Autoren (siehe z. B. E. Lesser: Lehrb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten, I. Theil, S. 143, Leipzig 1885) schon angezweifelt worden ist, darüber werde ich mir vor der Hand kein Urtheil erlauben. Zur Entscheidung dieser Frage wäre vielleicht noch eine durchgehende anatomische Untersuchung sämmtlicher Akneformen wünschenswerth.

Aus Mangel an besserem Materiale habe ich die ausgefallenen nekrotischen Schorfe einer mikroskopischen Untersuchung unterworfen, und die Resultate derselben scheinen mir in der That nicht ohne Interesse und theilweise einer Mittheilung werth zu sein. Es ist ja eine bekannte Thatsache, dass Gewebstheile, die derjenigen Form von Nekrose anheimgefallen sind, die als Mumification bezeichnet wird, oft in merkwürdigem Grade noch ihre Structur unverändert zeigen können, und ich habe somit versucht, diese nekrotischen Schorfe ganz denselben Methoden und Proceduren zu unterwerfen, die sonst bei der Untersuchung normaler Haut angewendet werden.

Nachdem das Fett, womit die Schorfe reichlich imprägnirt waren, mittelst Alkohol und Aether ausgezogen war, konnte man schon makroskopisch wahrnehmen, wie die Schorfe aus mehreren

concentrischen Ringen bestanden, ein Beweis dafür, dass der Process immer stossweise um sich gegriffen hatte. Ebenfalls konnte man nun, besonders bei durchfallendem Lichte, in den jetzt beinahe durchschimmernden Schorfen die erweiterten, strotzend mit Blut gefüllten Gefässe und die erwähnten kleinen hämorrhagischen Herde sehr deutlich sehen.

An Verticalschnitten dieser Schorfe gelang es nun, durch verschiedene Färbungsproceduren einigermassen Einblick in den pathologischen Process zu gewinnen. Wenn man z. B. mit Boraxmethylenblau färbte, war es ganz auffallend, welche *verhältnissmässig gute Kernfärbung* noch in diesem nekrotischen Gewebe zu erlangen war, so wie diese Färbung auch eine gute Uebersicht über die hier selbstverständlich vorhandenen Immigrationen verschiedener Bacterienarten gab. Das anscheinend sich ganz normal und unverändert erhaltene Gerüst des *elastischen Gewebes* der Cutis färbte sich andererseits recht prachtvoll mit Carbolfuchsin, wenn die Schnitte nachher zuerst ein paar Minuten in eine dünne, wässerige Pikrinsäurelösung gebracht wurden, in Alkohol ausgewaschen, etwa 15 Secunden in zwanzigpercentiger Kalilösung entfärbt und dann wieder in die Pikrinsäurelösung, wo sie theilweise die Farbe wiedergewannen, zurückgeführt wurden.

Die Untersuchung dieser Schnitte gab nun folgende Resultate:

Die *Epidermis* war im Ganzen hyperplastisch entwickelt, und namentlich war dies der Fall mit der äusseren Wurzelscheide der Haare, die als ein mächtiger Conus sich in das Corium senkte. Die Talgdrüsen dagegen waren in den bisher von mir untersuchten Schorfen gar nicht besonders stark entwickelt. Die Contouren der Retezellen und ihrer Kerne konnten namentlich in den grösseren Schorfen, wo das Absterben der Gewebselemente ein vollständiges war, nur ausnahmsweise deutlich gesehen werden. Die Kerne der Retezellen färbten sich also meistens nicht mehr. Die Grenze der Oberhaut gegen das Corium war dagegen leicht zu beobachten, und es zeigte sich, dass die Papillen und die intrapapillären Retezapfen in normaler Weise regelmässig in einander griffen.

Der *Papillarkörper* zeigte die Papillen, was ihre äussere Form betrifft, gut erhalten, aber von ihrer inneren Structur war

oft wenig zu sehen, abgesehen von den sehr stark erweiterten, gewundenen und strotzend mit Blut gefüllten Capillargefässen, die durch die gelbe Farbe des darin enthaltenen Blutes ebenso deutlich zu sehen waren, als ob sie für diesen Zweck kunstgemäss injicirt gewesen wären. Ausserdem kamen auch hie und da Blutextravasate vor. In einzelnen Papillen sah man auch eine sehr reichliche Menge noch färbbarer Kerne.

Das Stratum reticulare cutis zeigte sich, wenigstens an den grösseren Schorfen, in seiner ganzen Dicke mit in die Nekrose einbegriffen. Auch die in diesem Theil der Cutis verlaufenden Gefässe waren, wie oben beschrieben, stark erweitert und mit Blut gefüllt; aber hier konnte auch beobachtet werden, wie sie von einer eigenthümlich hyalin aussehenden, ziemlich mächtigen Masse umgeben waren, die doch noch viele Kerne und Kernreste zeigte und gewiss als entzündliches, aber durch den nekrotischen Process metamorphosirtes Exsudat um die Gefässe herum anzusehen war. In dieser Masse sah man auch eine Menge kleiner gefärbter, körnchen- und stäbchenförmiger Körperchen, die vielleicht theilweise als Bacterien, aber grösstentheils wohl als Detrituskörnchen aufzufassen waren. In der Nähe der Gefässe kam auch constant eine Menge farbloser Krystalle länglicher Form vor. Wo ein Haar mit seiner mächtig hyperplastisch entwickelten Wurzelscheide in die Cutis herabdrang, waren die Gefässe besonders stark erweitert und die die letzteren umgebenden, nekrotisch veränderten, entzündlichen Exsudate besonders mächtig entwickelt. Was in den tieferen Schichten des Stratum reticulare, wo die Gefässe sparsamer und damit die Entzündungserscheinungen weniger hervortretend waren, besonders die Aufmerksamkeit erweckte, war das durch die erwähnte Färbemethode recht hübsch isolirt gefärbte Geflecht des elastischen Gewebes, das nicht irgend die geringste Veränderung durch den nekrotischen Process gelitten zu haben schien. Dieses Verhältniss erklärt auch zum Theil die oben in der Krankengeschichte beschriebene bedeutende Festigkeit der mumificirten Schorfe. Uebrigens hatten auch die Bindegewebsfasern dieser tieferen Schichten sich ganz gut gehalten. Die einzelnen Fasern sahen doch eigenthümlich starr aus.

Man konnte ja glauben, dass diese Schorfe jetzt keine

tieferen Schichten mehr darbieten konnten. Aber es kamen noch zwei solche vor, nämlich:

Eine ziemlich mächtige Schicht, offenbar aus Granulationsgewebe bestehend, das dazu bestimmt gewesen war, den ursprünglichen nekrotischen Schorf abzustossen, aber dann selbst in den nekrotischen Process einbezogen worden war, obschon die Kerne dieser Schicht durchgehends ihr Vermögen, sich mit den gewöhnlichen Kernfärbemitteln zu färben, behalten hatten.

Schliesslich sah man, die ganze untere Fläche des Schorfes deckend, eine sich gut färbende Epidermisschicht, die also von den Rändern des Substanzverlustes aus unter den Schorf hineingewachsen war.

Von den in diesen Schorfen vorkommenden verschiedenen Bacterienformen brauche ich hier nicht die massenhaft, sowohl von oben durch die Epidermis wie von unten her durch die tiefsten Schichten des Stratum reticulare einwandernden grossen, drusigen Coccencolonien näher zu erwähnen, da sie ganz sicher nur als secundär aufzufassen waren. Eher konnte man sich denken, dass den tief unten in den Haarfollikeln — von denen aus ganz deutlich der ganze krankhafte Process seinen Ursprung nimmt — auftretenden Bacterienformen möglicherweise eine ätiologische Bedeutung beizumessen wäre, obschon auch dies mehr wie zweifelhaft ist. Erwähnen will ich doch, dass ich hier ausser demselben grossen Staphylococcus, der auch sonst so massenhaft in den Schorfen vorkam, einen ganz kleinen Streptococcus vorfand, der, Gloeamassen bildend, besonders tief in dem Haarfollikel um das Haar herum auftrat. Ausser diesen verschiedenen Bacterienarten fand ich auch, mehr massenhaft gegen die Mündung des Haarfollikels und mehr sparsam tiefer unten in der inneren Wurzelscheide sowie zwischen letzterer und dem Haare selbst einige Gebilde, die sehr kleinen, runden, doppeltcontourirten Pilzsporen ähnelten, sich nicht färben liessen und am deutlichsten bei Kalibehandlung hervortraten.

Ich habe diese Befunde nur der Vollständigkeit halber erwähnt, es werden natürlich erst Untersuchungen an excidirten frischen Efflorescenzen und umfassende Cultur- und Inoculationsversuche möglicherweise entscheiden können, ob man es hier mit einer Bacterienkrankheit irgend einer Art zu thun hat oder nicht.

Die allerdings unvollkommenen und unvollständigen Culturversuche, die ich mit Gewebssaft aus frischen Efflorescenzen auf verschiedenen Nährsubstraten vorgenommen habe, gaben bisher keine bestimmten Resultate. Indess wäre es sehr wünschenswerth, wenn Bacteriologen vom Fache sich mit dieser Krankheit beschäftigen wollten.

Von dem oben mitgetheilten Resultate der Untersuchung der ausgefallenen mumificirten Schorfe kann man sich ganz gut eine Vorstellung von dem pathologischen Processe bei dieser Krankheit bilden. Es handelt sich um einen an die Haarfollikel geknüpften — unter gleichzeitiger Hyperplasie des epithelialen Inhalts des Follikels selbst — und in der nächsten Umgebung desselben zuerst auftretenden, entzündlichen Process, der oft schnell weiter um sich greift und von starker Erweiterung, häufig auch Berstung der Blutgefässe sowie einer sehr ausgesprochenen ödematösen Imbibition der Gewebe begleitet ist. Es bilden sich dabei um die Blutgefässe herum beträchtliche Exsudatmassen, die mittlerweile einem schnellen Absterben anheimgefallen zu sein scheinen. Wodurch dieses Absterben vermittelt wird, ob durch Stauung und Coagulation in den überaus stark erweiterten Gefässen oder durch irgend ein anderes Agens wie z. B. die Einwirkung einer Bacterie, konnte natürlich ebenfalls nur durch Untersuchungen an frisch ausgeschnittenen Efflorescenzen aus verschiedenen Stadien ermittelt werden. Unter allen Umständen ist doch hiermit die Bedingung eines Absterbens, einer wirklichen Nekrose der ganzen betroffenen Hautpartie gegeben. Warum diese Nekrose eben die Form der Mumification und nicht einer feuchten Gangrän, wie z. B. bei der Gangraena cachectica infantum, annimmt, weiss ich allerdings nicht zu erklären. Jedenfalls ist der pathologische Process, um welchen es sich hier handelt, von grossem Interesse und verdient bei gegebener Gelegenheit zum Gegenstand näherer Untersuchung gemacht zu werden.

Die Aetiologie und wahre Natur der Krankheit ist also vor der Hand noch ganz unbekannt. Ob sie als Infectionskrankheit oder nicht, und in ersterem Falle, ob sie durch locale Infection zu Stande kommt oder eine constitutionelle Infectionskrankheit darstellt, sind Fragen, die sich unwillkürlich aufdrängen. Wenn man den Totalverlauf der Krankheit, der langen, oft mehr wie

zehnjährigen Dauer derselben mit den wiederholten Ausbrüchen und ganz freien Intervallen in Betracht nimmt, würde ja dies ganz gut mit den Charakteren einer constitutionellen Eruptionskrankheit stimmen, und der Umstand, dass die Krankheit, wie wir gesehen haben, in den alten Narben aufs Neue auftreten kann, spricht nicht gegen eine solche Auffassung der Affection. Wir sehen z. B. mitunter eben dasselbe in den Spätstadien der Syphilis. Symmetrisch ist die Krankheit in ihrem Auftreten in der Regel nicht, so dass man keinen Grund hat anzunehmen, dass ihre Localisation in derselben Weise, wie es nach meiner Meinung bei den secundär-syphilitischen Exanthemen und einer Krankheit wie z. B. Lupus erythematosus geschieht, durch gewisse Nervencentren bestimmt und vermittelt wird.

Trichophytiasis Dermica.

Von

Prof. Dr. Robert Campana in Genua.

Ich will hier nicht auf die Geschichte des Trichophyton zu sprechen kommen, ich will nur sagen, dass er von Prof. Maiocchi im Granulationsgewebe des Kerion gesehen worden ist.

Es ist mir nichts von vorher gemachten Beobachtungen bekannt.

Dieser Befund konnte jedoch als eine Folge der Verpflanzung von Trichophyton-Elementen in das Derma mittelst Wanderzellen betrachtet werden, und wurde in der That von Vielen so betrachtet. Die in der Folge gemachten Beobachtungen, über die ich hier berichten werde, bestätigen, dass jene parasitären Elemente sich im Derma befanden, nicht weil mechanisch dorthin gebracht, sondern, weil sie die Fähigkeit hatten, sich dort anzusiedeln und zu keimen.

Im vergangenen Jahre hatte ich Gelegenheit, eine erythematöse Trichophytie zu beobachten, bei welcher die wenigen Entzündungserscheinungen die geringe Menge von Leukocyten keinen Zweifel mehr darüber liessen, dass es sich nicht um eine einfache mechanische Verpflanzung, sondern um eine wirkliche Keimung des Parasiten in der Bindegewebsschichte der Haut handelte.[1])

Eine ebenfalls beweiskräftige Beobachtung hat später Prof. Celso Pellizzari in Pisa gemacht, auf Grund welcher er eine

---

[1]) Giorn. ital. delle malattie venere e della pelle. August 1887.

klinische und histologische Darlegung veröffentlichte, um diese Auffassung als begründet hinzustellen.

Jetzt habe ich eine andere von mir gemachte Beobachtung hinzuzufügen, welche nicht nur geeignet ist, die Existenz einer ausgedehnten Trichophytie im Derma zu beweisen und die von mir und den beiden genannten Autoren dargelegte Auffassung zu bestätigen, sondern mich auch zur Beleuchtung einer anderen bisher noch nicht beobachteten Thatsache führt: dass nämlich das Trichophyton den Hauptantheil des Gewebes eines Bindegewebstumor bildet, und auch wahrscheinlich dessen Ursache sein dürfte.

Ich behalte mir vor, die klinische und histologische Beobachtung später ausführlich mitzutheilen; vor der Hand will ich nur kurz über meine Beobachtung berichten[1]):

Es handelt sich um eine schlecht genährte Frau, die ausser den eigenartigen Hautveränderungen auch eine leichte Nephritis parenchymatosa chronica darbietet. Bei dieser Frau nun haben wir eine über den ganzen Körper verbreitete papulo-squamöse Eruption gefunden, in deren Schuppen man hier und dort kurze Mycelien und Gonidien des Trichophyton tonsurans vorfand. Ausserdem zeigt sie sehr vorgeschrittene Onychogryphosis an allen Zehen; endlich eine Geschwulst von der Grösse und Gestalt eines Hühnereies, härter anzufühlen als die Nachbartheile, mit intacter Haut und nur hier und dort mit dünnen Epidermisschuppen bedeckt. Die Haare zeigen keinerlei Veränderung.

Die Untersuchung der Nägel und der Lederhaut hat die Anwesenheit desselben Trichophyton gezeigt, das ich in der Epidermis gefunden habe; dasselbe verbreitet sich mit Gonidien und Mycelien in verschiedenen Entwickelungsgraden.

Auch in der Geschwulst fanden sich kurze Mycelien und Gonidienformen vor. Hier ist der Parasit etwas verschieden. Die Mycelien sind viel gedrängter, pigmentirt und granulös, die Gonidien zerstreut, ebenfalls granulös. Häufig endigen diese Mycelien mit einer dicken Spore oder mit einer schüsselförmigen Anschwellung, von welcher Seitenkeime abgehen.

Es ist ganz unregelmässig zerstreut, an vielen Stellen sieht man lange, fadenartige Mycelien, die entsprechend dem sie enthaltenden Lymphraume gestaltet sind, so dass sie dort, wo ein

[1]) Vorläufige Mittheilung in der Riforma medica (Roma). Aprile 1888.

Lymphraum von einem anderen durchschnitten ist, eine Anschwellung zeigen.

Die Gonidien sind alle gleichförmig; einige vereinigen sich zu einer kleinen Gruppe, und diese färben sich am besten mit Anilinfarben. Hier und dort nimmt man wirkliche Sporen wahr, die ein durchsichtiges Protoplasma und einen Kern enthalten. — An manchen Stellen bestehen die Mycelien aus aneinander gereihten kubischen Gonidien, so dass sie in Form und Anordnung an solche in den Haaren erinnern. An einigen Stellen sind die Gonidien gelb gefärbt und zu Gruppen vereinigt. Wenn man diese Gonidiengruppen untersucht, so bemerkt man, dass viele derselben an einzelnen Stellen die Fähigkeit bewahren, sich zu färben, während sie an anderen Stellen diese Fähigkeit nicht mehr haben, sondern sich etwas deform und verkleinert zeigen; so dass sie an einigen Stellen in Form von Körnchen erscheinen, Körnchen, die in anderen Stellen, wo man keine Gonidien mehr bemerkt, sich vereinigen und sich dem sie enthaltenden Raume entsprechend gestalten, so dass sie fast das Aussehen eines granulösen Myceliums oder einer granulösen Zelle annehmen. Handelt es sich hier um eine endogene Proliferation oder um eine mechanische Segmentation als Folge davon, dass sie zwischen den Geweben eine Art Verdauung erlitten haben? Vor der Hand lässt sich nichts Bestimmtes darüber aussagen, ich halte aber die zweite Ansicht für wahrscheinlicher. Die Gonidienmassen sind an einigen Stellen sehr gehäuft, verdichtet, so dass man eine Ansammlung rundlicher Elemente sieht, welche das Aussehen von Leukocytenkernen haben würden, wenn sie nicht so klein, durchsichtig und granulös wären. An vielen Stellen findet man kleine Blutextravasate.

Mit dem in Tumoren enthaltenen Material haben wir Culturen gemacht auf Pflaumengelatine, Pepton und Fleischextractlösung, Agar-Agar auf Gelatine mit Glycerin, sowie in leicht gezuckertem Wasser, das mit zwei oder drei Tropfen einer mit doppeltkohlensaurem Natron gesättigten Lösung schwach alkalisch gemacht wurde.

Zu diesen Culturen benützen wir Stücke vom Tumor aus verschiedenen Theilen.

Bei den mit flüssigen Nährmedien angefertigten Culturen, ebenso wie jenen im alkalisch gemachten Zuckerwasser verfuhren wir wie folgt: Nach gehöriger Waschung zuerst mit Sublimat (in einer Lösung von 1 pro Mille), sodann mit destillirtem und lange in der Wärme sterilisirtem Wasser brachten wir ein Würfelchen aus der Geschwulst, das etwa 2 Ctm. auf jeder Seite mass, in ein zur Hälfte mit Zuckerwasser gefülltes und mit einem Wattepfropfen geschlossenes Gefäss.

Sowohl die auf festen Substanzen, als auch die in flüssigen Medien angefertigten Culturen wurden in einem Koch'schen Ofen nach dem Modell des Prof. Ceci bei einer Temperatur von 36° bis 37° Celsius gehalten. Einige liessen wir in der Temperatur des Arbeitszimmers, die zwischen 8 und 18° C. schwankte.

Nur wenige günstige Resultate wurden erzielt. Bei einigen fand Verunreinigung mit zufälligen Keimen statt; bei anderen blieb jede Entwickelung aus. In zwei bei einer Temperatur von 36—37° C. gehaltenen Gefässen konnte man nach dem dritten Tage eine leichte Vegetation bemerken, die ich weiter unten beschreiben werde.

Von diesen beiden Culturen war die eine in alkalisch gemachtem Zuckerwasser, die andere in Gelatine mit Pflaumendecoct ausgeführt.

Es sei bemerkt, dass das in Zuckerwasser gelegte Stückchen bei der mikroskopischen Untersuchung wahrnehmen liess, dass dessen untere Hälfte aus einem dichten Haufen von Sporen, Gonidien, farblosen und dünnen Mycelien bestand, während die obere Hälfte sich zum grossen Theile aus Bindegewebe, pigmentirten und grösseren Mycelienresten, spärlichen Gonidien und Sporen zusammensetzte.

Auf der unteren Fläche auf allen vier verticalen Seiten dieses Stückchens begann nach dem dritten Tage ein leichter, thauähnlicher Ueberzug sich zu zeigen, und im Zusammenhang damit waren nach kaum drei weiteren Tagen dünne, weniger als 1 Mm. hohe, weisse Fäden aufgetaucht, die wie leichte, schneeweisse Baumwollenblüthen flimmerten. Dieser Ueberzug trat von Tag zu Tag immer deutlicher hervor.

Nach Verlauf von achtzehn Tagen, da ich nichts von meiner schönen Cultur verlieren wollte, nahm ich nur einen kleinen Theil

von dem Ueberzuge, um ihn zu einer Inoculation in den Kamm eines Huhns zu benützen, die jedoch bis jetzt ohne jedes Resultat blieb.

Das Uebrige suchte ich, ohne etwas daran zu verändern, zu mikroskopischen Präparaten zu verwenden, um dann aus diesen zu ersehen, ob jene Vegetationen aus dem Innern der Geschwulst kamen.

Ich begann nun mit grosser Vorsicht das ganze Gefäss zu füllen, zuerst mit destillirtem Wasser, sodann mit sehr verdünntem Alkohol und schliesslich mit immer stärkerem Alkohol, bis ich zuletzt nach zwei Tagen absoluten Alkohol nahm, den ich eine Woche lang im Gefäss liess.

Hierauf führte ich an Stelle des Alkohols allmälig flüssiges Celloidin ein, indem ich mehrere Tage lang eine bestimmte Quantität davon zum Alkohol fügte, bis ich sah, dass der Tumor mit der ihn umgebenden Vegetation in diesem halbflüssigen Celloidin obenauf schwamm.

Nachdem ich das Gefäss einige Tage lang offen gelassen, wurde das Celloidin consistent und zum Schneiden geeignet; ich zerbrach also das Gefäss und traf die nothwendigen Vorbereitungen zum Schneiden.

Die Schnitte wurden mit dem Thoma'schen Mikrotom angefertigt und zwar so, dass in der Mitte des Schnittes der Tumor und peripher die Vegetation zu liegen kam. Hierauf färbte ich die erhaltenen Schnitte in der gewünschten Weise, ohne das Celloidin zu entfernen.

Zum Färben benützte ich die Gram'sche Methode und die Tinction mit wässeriger Gentianalösung und wässeriger Krystallviolettlösung und darauffolgender Entfärbung mit Alkohol.

Nachstehendes ist in Kürze das Resultat der Untersuchung.

Bei schwacher Vergrösserung Zeiss, Ocul. 3, Object. B und Abbe, oder mit Compensationsocular 12, apochromat. Objectiv 16·0 Mm./Ap. 0·30 bemerkte man auf der Tumormasse den Parasiten wenig gefärbt, wenige Sporen und einige Mycelien. Offenbar war hieran die unvollständige Färbungsmethode schuld. Im peripheren Theile des Tumors selbst und in den angrenzenden Theilen sah man besser gefärbte Mycelien und Gonidien. Die Mycelien sind sehr dünn, beginnen zwei bis drei Millimeter innerhalb der

Tumormasse und werden, je weiter sie aus derselben herausragen, desto dünner.

Diese Mycelien bieten folgende Merkmale dar, die man am genauesten mit Zeiss Obj. E Oo. 3 studiren kann. Sie sind sep-tirt, zeigen dünne Umrisse, der ganz feine, granulöse Inhalt ist nur hier und dort sichtbar; an der äussersten Grenzlinie dieser Mycelien bemerkt man eine Anschwellung, welche bei einigen eine doppelte Umrisslinie darbietet und bei anderen eine gänzlich isolirte und in der Anschwellung enthaltene Spore zeigt.

Wenige Sporen sieht man in Serien angeordnet.

Fast dieselben Resultate boten die Culturen auf Pflaumendecoct dar. Die Mycelien sind hier weniger entwickelt.

In einer weiteren Publication soll das hier in objectiver Weise Mitgetheilte, das für sich allein schon grosses Interesse bietet, beleuchtet werden.

Der Tumor, von dem wir unsere Culturen gemacht haben, gehörte einer Frau an, die an Haut-Trichophytiasis mit darauffolgender Geschwulst und trichophytischer Onychogryphosis litt. Ueber diesen Fall haben wir bereits Mittheilung an die königl. medicinische Akademie in Genua gemacht und auch Näheres in der in Rom erscheinenden „Riforma medica“ (April 1888) veröffentlicht.

Die Untersuchung der Geschwulst muss im Uebrigen noch fortgeführt werden. Dieselbe erweist sich jedoch als zum grössten Theile aus einem harten fibrösen Bindegewebe bestehend, das stellenweise sich in einem Zustande beginnender Nekrobiose befindet, da es nur sehr wenige Endothelien, einige Leukocyten und einige rothe Blutkörperchen aufweist. Hier und dort sieht man sehr enge Gefässe mit Wänden, die für Peri- und Endophlebitis sehr dick sind. Im Gefässinnern haben wir keine Parasiten beobachtet, wohl aber in der Wand.

Soweit unsere Beobachtung.

Wir wollen hier nicht erörtern, wie die Genesis der Geschwulst zu deuten ist. Was in unserem Falle feststeht, ist, dass die Trichophytie schon seit langen Jahren besteht, weil trichophytische Onychogryphosis vorhanden ist, sowie dass die Geschwulst in Folge dieser eingetreten ist.

Prof. Ceci, der sich eingehend mit der Frage über die Beziehung zwischen einem Enchondrom und einem Mucor-mucedo beschäftigt hat, glaubt sich in seinem Falle nicht darüber aussprechen zu können, ob eine Beziehung zwischen dem Mucor und der Geschwulst anzunehmen sei.

Prof. Bassini, der mich freundlichst aufforderte, mit ihm zusammen die Untersuchung einer verbreiteten Haut-Eruption auf einem Fusse vorzunehmen, welche, wie genannter Forscher zeigte — die charakteristische Form des sogenannten Madurafusses bildete, fand Massen eines Pilzes mit wenig Granulationsgeweben umgeben. Er hält den Pilz, wie er auf dem medicinischen Congresse in Pavia sagte, identisch mit dem von Carter beschriebenen.

Dagegen habe ich viele Präparate erhalten, in denen ich Sclerotien, Hyphen, Ascosporen fand, und in einem fand ich einen Aspergillus, wenn ich nicht irre, Aspergillus fumigatus.

Alles dieses erwähne ich, um zu zeigen, dass es pathogene Hyphomyceten gibt, die keine Entwickelung von Bindegewebsmassen und Epithelialgeweben hervorrufen. Das gilt für den Aspergillus fumigatus und wohl auch für die pathogenen Varietäten des Mucor mucedo. Dasselbe kann ich jedoch nicht vom Trichophyton sagen, der die Nägel geradezu ungeheuerlich werden lässt, der die Epidermis und die Lederhaut verdickt und wirkliche Tumoren, wie in dem oben beschriebenen Falle hervorruft.

Der von mir beschriebene Fall bietet ein besonderes Interesse:

Wir sind versucht, diese Geschwulst vom histologischen Gesichtspunkte aus mit einigen als Sarcome, Endotheliome beschriebenen Tumoren zu vergleichen.

Dass das Trichophyton ganz bedeutende Hypertrophie der Epidermis hervorrufen kann, wie Majocchi und Celso Pellizzari behaupten, habe auch ich beobachtet. Das charakteristische in meiner diesbezüglichen Beobachtung ist, dass nicht ausschliesslich Mycelien, wie Pellizzari bemerkte und bildlich darstellte, sondern dass intensive Vegetationen von Gonidien und Sporen den Hapttheil des Bodens des hypertrophischen Nagels bilden. Ich stelle diese neue Eigenthümlichkeit als verbürgte Thatsache hin und möchte die Aufmerksamkeit der Collegen darauf lenken.

Ueber extragenitale Syphilisinfection.

Von

Dr. A. Pospelow,

Universitätsprofessor und Chefarzt des Mjassnitzky'schen Krankenhauses zu Moskau.

In der Syphilidologie ist schon seit J. Hunter der Satz festgestellt, dass „eine jede Stelle des menschlichen Körpers der primäre Sitz einer Syphilisinfection sein kann".[1]) Abgesehen aber von dieser anatomisch schon wohlbegründeten Frage, enthält auch noch jetzt das Studium der Symptome und der ätiologischen Momente der extragenitalen Syphilisinfection eine Fülle interessanter Thatsachen, wie vom rein wissenschaftlichen, so auch vom praktischen Standpunkte.

Wenn jedoch die Zeichen der syphilitischen Ansteckung an den Genitalien genau bekannt sind, so lässt die Feststellung der Symptome der extra coïtum stattgehabten Ansteckung, in Folge relativer Seltenheit diesbezüglicher Beobachtungen, noch Vieles zu wünschen übrig.

In Folge dessen erscheint, unserer Meinung nach, jeder Versuch, einer Aufklärung und Feststellung der diagnostischen Zeichen der primären extragenitalen Syphilome (Leloir) näher zu treten, vollständig gerechtfertigt. Dies einerseits, anderseits aber ist das Studium der Merkmale der extragenitalen Syphilisansteckung vom Standpunkte der socialen Prophylaxe von

---

[1]) Aber schon zu Anfang des XVI. Jahrhunderts bespricht N. Massa (1532) in seiner Abhandlung: „De morbo gallico" die Möglichkeit einer extragenitalen Syphilisinfection und bei Batall Leonard (1563) wird ein hartes Schankergeschwür der unteren Mundlippe erwähnt.

hohem Interesse, weil es nicht allein die Verbreitungswege der Syphilis, sondern auch die Art und Weise der Uebertragung des syphilitischen Contagiums kennzeichnet, ja gleichzeitig auf diejenigen Massregeln hinweist, welche sich als nothwendig herausstellen werden, um der Verbreitung dieser Krankheit, welcher jährlich immer neue Gesellschaftsmitglieder zum Opfer fallen, und zwar unabhängig vom bekannten Verkehre beider Geschlechter, vorzubeugen.

Wenn aber in früheren Zeiten die Fälle extragenitaler Ansteckung als etwas ganz ungewöhnliches, als Curiositäten galten, wenn derartige Kranke in klinischen Vorträgen als „seltene Fälle" vorgestellt wurden, so verlassen leider gegenwärtig diese Fälle nicht allein im westlichen Europa, sondern auch bei uns in Russland das Gebiet der „Raritäten" und gelangen immer öfter und öfter zur Beobachtung, entsprechend der rasch vorwärts schreitenden Verbreitung der Syphilis und der genaueren Kenntniss der Zeichen der extragenitalen Syphilisansteckung. „La connaissance de ces contagions insolites excentriques, extraordinaires n'est pas seulement affaire de curiosité; elle comporte un intérêt sérieux, un intérêt veritablement clinique",[1]) sagt Prof. Fournier. Nur durch die nähere Erkenntniss der Symptome der extragenitalen Infection wurde es den Aerzten möglich, die extragenitale Syphilisinfection in den Fällen zu constatiren, wo bis dahin an dieselbe nicht im geringsten gedacht wurde, da man das Auftreten derselben bei früher gesunden Personen ausschliesslich dem geschlechtlichen Verkehre mit Syphilitikern zuzuschreiben pflegte.

In den Städten des westlichen Europas ist man schon längst im Besitze von Zahlen, die das Verhältniss der extragenitalen Ansteckungsfälle zu den genitalen zeigen, bei uns in Russland aber gibt es noch wenig solcher Angaben in Folge relativer Neuheit der aufgetauchten Frage über die extragenitale Syphilisinfection.

Abgesehen von der Beschreibung einzelner casuistischer Fälle von Localisation primärer Papeln an extragenitalen Körpertheilen, finden wir in der russischen syphilidologischen Literatur statistische Angaben, die von folgenden Autoren veröffentlicht wurden,

---

[1]) Fournier. Leçons sur la syphilis. 1881, pag. 43.

und zwar: für St. Petersburg von Dr. Plitanus,[1]) Dr. Kobylin, Dr. Petersen und Dr. Tschistjakoff; für Kronstadt von Dr. Bogoljubow; für Riga von Dr. Griedinger; für Samara von Dr. Wirpscha; für Kasan von Prof. A. Gey; für den Odoëw'schen Bezirk des Gouvernements Kursk von Dr. Beloussow, für das Gouvernement Kursk von Dr. Popow und Kapustin u. A.

Für Moskau besitzen wir, meines Wissens, gar keine Zahlen über die Häufigkeit oder Seltenheit der extragenitalen Syphilisansteckung. In Folge dessen habe ich mich nun der Mühe unterzogen, diese Lücke in unserer Statistik nach Möglichkeit auszufüllen, und zwar auf Grund von Daten, welche ich hauptsächlich nach den Krankenlisten des von mir dirigirten Mjassnitzky'schen Spitales zusammengestellt habe, theils aber auf Grund persönlich von mir geführter Notizen über besonders interessante Fälle aus der Spitalspraxis, so auch über solche Kranke, die ich den Studenten der Moskauer Universität bei meinen klinischen Demonstrationen vorzustellen Gelegenheit hatte. Diese Zusammenstellung umfasst einen Zeitraum von zehn Jahren, von 1878—1887 inclusive. Wohl bewusst, dass manchmal trotz der sorgfältigsten Aufbewahrung im Laufe von zehn Jahren einige Krankenlisten dennoch verloren gehen könnten, liess ich ein besonderes Controlejournal einrichten, wohin die am Tage zuvor aus dem Spitale entlassenen Kranken eingetragen wurden; eine specielle Rubrik enthielt unter Anderem die definitive Krankheitsdiagnose, welche vom betreffenden ordinirenden Arzte auf dem Titelblatte der Krankenliste verzeichnet war. Dieses Journals bediente ich mich nun bei der Controle der Krankenlisten und bei der Zusammenstellung dieses Berichtes.

Da ich über ein reichliches und gleichartiges Krankenmaterial verfügte, so tauchte in mir der Gedanke auf, die Häufigkeit der extragenitalen Syphilisansteckung in Moskau unter der Arbeiterclasse, die hauptsächlich von unseren Dienstboten gebildet wird, zu bestimmen. Da das Mjassnitzky'sche Krankenhaus speciell für die Aufnahme syphiliskranker Arbeiter bestimmt ist, so treten

---

[1]) Die Literaturangaben finden sich am Ende dieser Arbeit angeführt.

dorthin, wenn absolut nicht alle, so doch die weit grösste Mehrzahl solcher Kranken ein, und können daher die einem zehnjährigen Beobachtungsmateriale zu Grunde liegenden Schlüsse als ziemlich richtiger Exponent der unter der Moskauer Arbeiterclasse herrschenden extragenitalen Syphilisinfection dienen.

Obwohl die von mir angeführte Zahl der Fälle extragenitaler Infection sehr gross ist, bleibt sie doch selbstverständlich hinter der thatsächlichen zurück, weil erstens nicht absolut alle auf diese Weise Erkrankten das Spital aufsuchen (so zum Beispiel ist es eine bekannte Thatsache, dass einige Ammen des Findelhauses, sobald sie über ihre Krankheit erfahren, ins Dorf gehen, anstatt sich im Spitale aufnehmen zu lassen, andere aber an das Paulspital überwiesen werden), zweitens erfahren nicht alle extra coïtum syphilitisch inficirten Kranken rechtzeitig über ihr Leiden und können bei ihrer Aufnahme ins Spital, namentlich nach vorausgegangener häuslicher Behandlung, dem Arzte keinen Verdacht über eine stattgehabte extragenitale Ansteckung einflössen und kann folglich das Foramen contagiosum solcher Kranken leicht übersehen werden. Die Gesammtzahl der in unserem Spital im Verlaufe von zehn Jahren beobachteten Fälle von extragenitalen primären Papeln betrug 198. Obgleich diese Zahl, wie oben erwähnt, nicht absolut alle Fälle extragenitaler Infection umfasst, so ist sie doch höchst instructiv; sie zeigt, dass fünfzehn bis fünfundzwanzig Personen von unserer Arbeiterclasse und hauptsächlich von unseren Dienstboten jährlich durch das Zusammenwohnen mit Syphilitikern als Opfer einer unwillkürlichen Ansteckung anheimfallen, um ihrerseits neue gefährliche Factoren in der Verbreitung dieser schrecklichen Krankheit zu werden.

Es unterliegt nun keinem Zweifel, dass mit Zunahme neuer Opfer unwillkürlicher Ansteckung die Zahl der Fälle extragenitaler Infection Jahr für Jahr immer grösser und mit ihr auch die Gefahr für die gesunden Gesellschaftsmitglieder immer steigen wird. Darum erscheinen Zahlangaben in dieser Richtung nicht nur wünschenswerth, sondern gerade unentbehrlich, und namentlich bei uns in Russland, wo wir noch über sehr dürftige diesbezügliche Kenntnisse verfügen.

Die Gesammtzahl der Fälle extragenitaler Syphilisinfection im Laufe der Jahre 1878—1887 betrug 198, wobei die primären

Syphilome (Leloir) nach dem Orte des Eindringens des syphilitischen Contagiums folgendermassen vertheilt waren:

An den Mundlippen 49 Fälle, und zwar bei 20 Männern und 29 Frauen.

Am Zahnfleisch 1 Fall, bei einem Manne.

An der Zunge 3 Fälle, 1 Mann und 2 Frauen.

Im Rachen 46 Fälle, 14 Männer und 32 Frauen.

Auf den Brustdrüsen bei 69 Frauen.

Am Kinn 1 Fall, bei einer Frau.

An den Augenlidern 3 Fälle, bei Männern.

In der Nase 1 Fall, bei einem Manne.

Am Rumpfe 10 Fälle, bei Männern.

Am Anus bei 5 Frauen.

An den Oberextremitäten 6 Fälle, je 3 bei Männern und Frauen.

An den Unterextremitäten bei 4 Frauen.

Schon bei flüchtiger Betrachtung dieser Zahlen fällt es in die Augen, dass die Infection per os die häufigste Form der im Arbeiterstande und namentlich unter den Frauen vorkommenden extragenitalen Syphiliserkrankung bildet; ihr folgt die bedeutende Zahl der durch Stillen mit der Brust Inficirten, und nur eine geringe Zahl von primären Papeln an anderen Körpertheilen lässt sich auf eine extragenitale Ansteckung zurückführen.

Da meiner Ansicht nach die klinischen Symptome der extragenitalen syphilitischen Primäraffecte von grosser Tragweite für die Syphilisdiagnose sind, so will ich mich bemühen, in dieser Abhandlung jene für die extragenitale Syphilisinfection charakteristischen Kennzeichen hervorzuheben, welche nicht nur für Syphilidologen, sondern auch für jeden Arzt, der mit Syphilitikern zu thun hat, in diagnostischer Hinsicht gleich werthvoll erscheinen.

Wollen wir mit der Beschreibung der syphilitischen Infection per os beginnen.

I. Primäre syphilitische Papeln des Mundes.

Die Gesammtzahl der per os Inficirten betrug 99, darunter 36 Männer und 63 Frauen. In 49 Fällen sassen die primären Papeln an den Lippen des Mundes, in einem Falle

am Zahnfleische, in 3 Fällen an der Zunge und in 46 Fällen im Rachen. Wir wollen die primären syphilitischen Papeln nach dem Orte ihres Auftretens in Gruppen eintheilen, und werden unsere Beschreibung mit der Schilderung ihres Auftretens an den Lippen des Mundes beginnen.

A. Primäre Papeln der Mundlippen.

Die noch keiner Behandlung unterworfenen primären Papeln der Mundlippen waren in der Mehrzahl der Fälle, bei der Aufnahme der Kranken ins Krankenhaus, mit Borken (Chancre crouteux Fournier) von gräulich-brauner Farbe und verschiedener Dicke bedeckt, die fest der Neubildung, respective dem Geschwüre anhafteten. Wenn man die Bewegungen der Lippen bei Speiseaufnahme, bei deren Befeuchtung mit Speichel, flüssigen Speisen und Getränken in Betracht zieht, so sollte es auffallend erscheinen, wie eigentlich das spärliche Secret der primären syphilitischen Papeln der Lippen an der Neubildung haften bleiben konnte und mitunter sogar ziemlich dicke Borken zu bilden vermochte. Berücksichtigt man aber die Art und Weise der Entstehung dieser primären Papeln, denen bei Arbeitsleuten häufig mehr oder weniger schmerzhafte Lippenschrunden vorausgehen, so erscheint es leicht begreiflich, dass die Kranken aus blossem Selbsterhaltungstriebe die Bewegungen der afficirten Lippen einzuschränken suchen und somit unwillkürlich die Borken conserviren. Davon kann man sich leicht überzeugen, wenn man die Kranken bei ihrer Aufnahme ins Krankenhaus sprechen oder essen sieht. Die Bildung dieser Borken geschah hauptsächlich auf Kosten des spärlichen, aber vollständig genügenden Schankersecretes, dem das mitunter beigemischte Blut eine rostbraune, respective beinahe schwarze Färbung verlieh, die in hohem Masse an diejenige der ekthymatösen oder rupiösen Borken erinnerte.

In den von mir beobachteten Fällen liessen sich die Borken entweder leicht ablösen oder sie hafteten im Gegentheile ganz fest an und war deren gewaltsame Entfernung schmerzhaft. Die Borken waren von der Dicke eines mittleren Bristolpapiers bis zu der einer Haselnussschale, zuweilen sogar dicker, je nach der Dauer ihres Bestehens und dem Grade des Zerfalls der primären Papeln. Diese Borken bilden in der That, nach Fournier's treffendem

Ausdrucke, eine Art Maske für die Schanker der Lippen, und die wahre Natur des Leidens tritt erst nach deren Entfernung zu Tage.

Nach Ablösung der Borken boten die auf der Haut gelegenen primären Papeln der Mundlippen entweder Erosionen von unbedeutender Härte oder Exulcerationen von fester knorpelartiger Consistenz. In denjenigen Fällen, wo die Schanker von der äusseren Lippenhaut auf die Schleimhaut der Lippen übergriffen, wie auch in den Fällen, wo sie im Mundwinkel an der Schleimhaut sassen, ragten die primären Papeln über die Fläche der letzteren hervor, waren von grauweisslicher Farbe und unterschieden sich in dieser Form weder ihrem Wesen, noch dem Aussehen nach in keiner Hinsicht von den hypertrophischen secundären Papeln (Papulae mucosae hypertrophicae). Zuweilen zeigten die primären theils im Centrum zerfallenen Lippenpapeln nach Ablösung der Borken die charakteristische Form der schüsselförmigen Schankerindurationen (Ulcus cupuliforme) mit scharf begrenzten nicht entzündeten und nicht unterminirten harten Rändern, mit glänzendem, oberflächlichem, braunrothem, ebenfalls hartem Grunde und spärlichem Secrete. (Saft des harten Schankers. Leloir.)

Fast alle primären Papeln oder Sklerosen der Mundlippen waren von einem derben Oedem der die Affection begrenzenden Lippentheile begleitet, welches diesen eine bei secundären Papeln der Lippen sonst nicht vorkommende scharf ausgesprochene Asymmetrie verlieh.

Dem Orte nach waren von den 46 beobachteten Fällen von primären Papeln der Mundlippen 23 an der Oberlippe, 20 an der Unterlippe localisirt, in einem Falle, bei einem Manne, sass die Primäraffection im Mundwinkel, fast die Hälfte der Ober- und Unterlippe einnehmend (deren Schleimhaut), und endlich in 2 Fällen, bei Frauen, sass der eine Schanker an der Oberlippe und der andere an der Unterlippe.

Verschiedene Autoren äussern sich ganz verschiedenartig über die Frage, welche Lippe, ob die obere oder die untere, häufiger afficirt wird; so wird nach Sigmund und Anderen häufiger die obere Lippe ergriffen, nach Masson und Anderen häufiger die

untere. Aus der Dissertation von Dr. Nivet[1]), welcher eine beträchtliche Anzahl von speciell die Lippen betreffenden primären Papeln angeführt hat, ist zu ersehen, dass unter 188 Fällen 108mal die untere Lippe und 80mal die obere afficirt war. Die Frage von dem bevorzugten Befallenwerden der einen oder der anderen Lippe kann gegenwärtig, wie Mauriac richtig hervorhebt, kein wissenschaftliches Interesse darbieten.

Was die Zahl der primären Papeln der Mundlippen anlangt, so traten dieselben, wie auch an anderen Körpertheilen, fast in allen Fällen vereinzelt auf und nur in drei Fällen waren sie multipel vorhanden, und zwar in einem Falle befanden sich zwei Papeln auf einer Lippe und in den beiden anderen Fällen je eine Papel auf jeder Mundlippe.

Die Grösse der primären Papeln schwankte von der einer Linse bis zu der eines Fünfzig-Pfennigstückes, zuweilen aber erreichten sie colossale Dimensionen; so in einem Falle bei einer Frau hatte der harte Schanker etwa die Grösse eines Drei-Markstückes, in einem anderen die eines Fünf-Markstückes (Fälle von Dr. Krasnoglasow). In beiden Fällen sassen die Schanker an der Oberlippe und waren von einem entsprechenden sklerotischen Oedem begleitet, wodurch die Form der Lippen noch mehr verunstaltet wurde.

Was die Form der primären Papeln betrifft, so waren sie in den meisten Fällen, was für ein Entwickelungsstadium sie auch darbieten mochten, rundlich oder oval, zuweilen verlängert in der Richtung des rothen Lippensaumes, in selteneren Fällen aber zeigte die primäre syphilitische Papel unebene zickzackförmige Contouren oder nahm eine Querrichtung ein. Das Zustandekommen linearer harter Schanker ist wahrscheinlich auf ein Eindringen des syphilitischen Contagiums in einfache Schrunden, deren Form sie auch dauernd beibehielten, zurückzuführen.

Bei Schankergeschwüren der Mundlippen waren die Geschwürsränder immer fest mit dem Geschwürsgrunde verlöthet, scharf gegen die gesunden Theile begrenzt, und erschienen nur bei tiefgreifendem Zerfalle der Geschwüre wie unterminirt. Der Grund dieser Geschwüre zeigte entweder eine unbedeutende

[1]) S. die am Ende angeführte Bibliographie.

schüsselförmige Vertiefung — Ulcus induratum cupuliforme — oder lag in einer Fläche mit den allgemeinen Hautdecken, ragte aber zuweilen über dieselben hervor, und nur bei raschem Zerfalle der Sklerose, respective bei deren Nekrose, stellte sich eine beträchtliche Vertiefung des Geschwürsgrundes ein.

Das pathognomonische und das am häufigsten vorkommende Kennzeichen der primären Sklerosen — die Induration — war in der Mehrzahl der Fälle charakteristisch und scharf ausgesprochen: es war ein Knoten, respective eine echte Sklerose, die leicht durchzufühlen war. Nur in der Minderzahl der Fälle waren die primären Papeln von pergamentartiger Consistenz, oder wie es ein Mal der Fall war (Nr. 49), fehlte gänzlich irgend welche palpable Verhärtung, und nur die gleichzeitig und auf der entsprechenden Seite vorhandene Adenopathie und das Auftreten eines frischen Syphilides liessen über die Diagnose dieses Falles keinen Zweifel bestehen.

Das Secret war in all den Fällen, wo dessen in den Krankenlisten erwähnt war, spärlich und zeigte nichts Besonderes.

Das Ausdrücken des Schankersaftes (Leloir) gelang mir fast immer in allen Fällen, wo ich selbst Gelegenheit hatte, dies auszuführen, am besten an Schankererosionen, und liess sich mit anderen diagnostischen Kennzeichen als Hilfsmittel bei der Diagnose von primären Sklerosen verwerthen.

Subjective Beschwerden. Die Schanker der Mundlippen waren in den meisten Fällen schmerzhaft gegen Druck und beim Bewegen während des Essens, woher, wie wohl anzunehmen ist, jene Schonung rührt, mit der die Kranken die Schankergeschwüre der Mundlippen überwachen, und somit deren Unversehrtheit und folglich das Anwachsen der Borken fördern.

Die begleitende Lymphdrüsenaffection. Das am frühesten auftretende und daher auch wichtigste Begleitungssymptom der primären Papeln der Mundlippen bildet die Affection der Submaxillardrüsen, die der Eintrittsstelle des syphilitischen Contagiums am nächsten gelegen sind. Im normalen Zustande liegen die Submaxillardrüsen (Hyrtl, Henle) in der Zahl von acht bis zehn an der Innenfläche des Unterkiefers, einige von ihnen auf dessen Rande, von der superficiellen Lamelle der Fascia cervicalis bedeckt. Die zu ihnen

ziehenden Lymphgefässe entstehen aus den feinen Lymphwurzeln sämmtlicher Weichtheile des Gesichtes und nehmen in sich die Lymphgefässe des Bodens der Mundhöhle, des Zahnfleisches und der Zunge auf. Selbstverständlich müssen daher diese Drüsen bei harten Schankergeschwüren der Mundlippen am frühesten afficirt werden. Diese in der Norm kaum palpablen Drüsen erreichen bei indurirten Lippenschankern ganz bedeutende Dimensionen, zuweilen etwa die Grösse eines Taubeneies, oder verschmelzen mit dem subcutanen Zellgewebe der Halsdrüsen, beträchtliche Conglomerate bildend. Bei Individuen, die dazu noch scrophulös sind, und bei solchen, die ihre Lippengeschwüre mit irgend welchen reizenden Mitteln behandelt hatten, erreichten die Submaxillardrüsen enorme Dimensionen und gingen zuweilen in Abscesse über.

Unter 46 Fällen von harten Schankern der Mundlippen (8 Fälle ausgenommen, wo einfache Adenitis universalis verzeichnet stand) war, wie aus den Krankenlisten hervorgeht, in 38 Fällen angegeben, dass, obgleich eine allgemeine Polyadenitis syphilitica bestand, die Submaxillardrüsen durch ihren bedeutenden Umfang und ihre Consistenz im Vergleich mit der Drüsenanschwellung der übrigen Körperregionen ganz besonders hervortraten. In anderen Fällen war die Consistenz der Submaxillardrüsen beinahe der des Holzes gleich, die Drüsen waren sozusagen „holzig" geworden, und erreichten dabei solche Dimensionen, dass sie eine sehr auffallende Formveränderung des Halses bewirkten.

Was die Häufigkeit der Affection, die Zeit ihres Auftretens und die Grösse der Drüsen betrifft, so wurden nach den Submaxillardrüsen am öftesten die Halsdrüsen afficirt, und zwar die Glandulae superficiales, Glandulae cervicales superiores profundae, Glandulae cervicales profundae inferiores.

Folglich tritt die Adenitis submaxillaris als das früheste und das am meisten pathognomonische Kennzeichen für die Diagnose der Mundlippenschanker auf. Die in Bezug auf die Adenitis submaxillaris angeführten Daten unseres Krankenhauses stehen in vollem Einklange mit den von Prof. Fournier gemachten Beobachtungen (cf. Leçons cliniques sur la syphilis 1881, pag. 157).

Verlauf und Ausgang der primären Papeln der Mundlippen. Was die verschiedenen Entwickelungsstadien der primären Lippenpapeln anlangt, so erwiesen sich dieselben bei der Aufnahme der Kranken ins Krankenhaus und nach Ablösung der Borken (folglich noch vor jeder Behandlung) theils als Erosionen mit geringfügiger Verhärtung, theils aber wurden die sklerosirten Papeln bereits im Zustande centralen oberflächlichen Zerfalls oder in regressiver Metamorphose gefunden, oder endlich waren es stark vertiefte mit weisslich-grauen moleculären Detritus bedeckte Geschwüre. Bisweilen stellten sich die Kranken mit beinahe resorbirten Sklerosen ein, auf deren Stelle sich eine braunrothe, schuppende Hautfläche befand; bei der Betastung liess sich eine Sklerose durchfühlen, welche häufig von einem sklerotischen Oedem begleitet war, das noch längere Zeit nach der Behandlung anhielt, und seinem Wesen nach sehr an das an den grossen Schamlippen vorkommende Oedem erinnerte. Der braunrothe Fleck an der Indurationsstelle wurde später von einem pigmentirten ersetzt, um sich zuletzt ganz zu entfärben. Der Substanzverlust an den Mundlippen war stets ein geringfügiger, ja selbst bei tiefen Geschwüren, deren Tiefe nicht so viel vom Zerfall, als vielmehr von dem sklerotischen Oedem der Lippen bedingt war.

Aetiologie. Die im Arbeiterstande vorkommende Syphilisansteckung per os erregt trauriges Bedenken über die Verbreitung dieser Krankheit unter den gesunden Gesellschaftsmitgliedern, welche durch Zusammenwohnen mit Syphilitikern inficirt, ihrerseits Träger dieser Seuche werden. Und diese Leute bilden ja unsere Dienstboten, unentbehrliche Gefährten jeder Familie!

Betrachten wir nun, auf welche Weise die Syphilisinfection per labia oris in unserem Arbeiterstande am häufigsten stattfindet.

Wenn das Auftreten von primären Papeln an den Lippen mitunter auch als Folge eines perversen sexuellen Verkehrs (Coïtus per os, cunilinguus) anzusehen ist, so ist dieser Ansteckungsmodus meiner Meinung nach für die Arbeiterclasse wohl kaum zulässig.[1]) Ich halte mich zu dieser Schlussfolgerung hauptsächlich darum

[1]) Ich will damit keineswegs sagen, dass eine Ansteckung auf diesem Wege in der Arbeiterclasse nie vorkommen kann; Ausnahmen können selbstverständlich in allen Ständen, sogar in der Dienstbotenclasse vorkommen. Ich möchte aber nur das Gesagte als allgemeine Regel hinstellen.

berechtigt, weil die sexuelle Perversion, wie der Coïtus per os in Moskau eine Erscheinung darstellt, die erst seit ganz Kurzem datirt, und sogar unter den Prostituirten Moskaus verhältnissmässig unlängst geringe Verbreitung findet. Sogar in Paris, wo derartige, durch perversen sexuellen Trieb entstandene Fälle von Ansteckung per os häufiger vorkommen, wird, wie dies aus der Statistik von Dr. Nivet (cf. die Literatur) zu ersehen ist, die Syphilisinfection per os bei Männern häufiger als bei Frauen beobachtet; selbstverständlich wäre eigentlich das Gegentheil zu erwarten, wenn der Coïtus per os eine unter den Frauen stark verbreitete Erscheinung wäre. Dr. Nivet bemerkt nun mit vollem Recht, dass das Prävaliren der harten Schanker des Mundes bei den Männern durch die Eigenthümlichkeit ihrer Gewohnheiten, wie Rauchen aus Pfeifen, Rasiren u. s. w. bedingt wird.

Fast alle Autoren, die sich eingehend mit dem Studium der ätiologischen Momente der Syphilisinfection per os beschäftigten, stimmen überein, dass in der Besprechung der Aetiologie der extragenitalen Syphilisinfection allzuviel vom perversen sexuellen Verkehre, dem Coïtus per os geredet wird, während in der That diesem perversen Triebe eine ganz untergeordnete Bedeutung in der Entstehung von Schankern der Lippen und Mundhöhle zukommt. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bildet die Ansteckung per os eine Reihe von „Unglücksfällen", die sogenannte Syphilis insantium.

Das Auftreten von primären syphilitischen Mundlippenpapeln bei den Arbeitsleuten, oder die Syphilisinfection per os wird in weit grösserem Masse durch alltägliche und leider oft unvermeidbare Verhältnisse des geselligen Verkehrs und durch Ansteckung sogar am häuslichen Herde veranlasst.

Die zuweilen aufrichtigen und wahrhaften Erzählungen der per os inficirten kranken Frauen, das unverstellte Entsetzen, das sie, ihres wirklichen Leidens bewusst, empfinden, die Confrontation der Ansteckungsquellen mit den Inficirten, das relativ hohe Alter der erkrankten Frauen (45—50 Jahre), dies Alles lässt, meiner Meinung nach, keinen Zweifel darüber obwalten, dass die ins Krankenhaus aufgenommenen Syphilitiker, Männer wie Frauen, sich eine Syphilisinfection per os nicht durch Ausübung des perversen sexuellen Triebes, nicht durch Libidinosität zuzogen, sondern

durch unglücklichen Zufall, in Folge Zusammenwohnens mit Syphiliskranken, mit denen sie unwillkürlich in directe oder indirecte Berührung geriethen.

Ignoranz, zuweilen vollständiger Mangel von elementaren Kenntnissen über Reinlichkeit, enges Zusammenwohnen, ungenügende sanitäre Ueberwachung der Fabriken und Anstalten, durchwegs völlige Rücksichtslosigkeit der Arbeitgeber den Dienstboten gegenüber, dies Alles fördert in hohem Masse die Möglichkeit des Zustandekommens der extragenitalen Syphilisinfection und deren weitere Verbreitung als einer contagiösen Krankheit.

Zur anschaulichen Illustration des eben Gesagten können Krankengeschichten von Handwerkerinnen, eigentlich noch Kindern von 7, 10 und 11 Jahren, dienen, welche nicht allein keinen Begriff über perversen Coïtus, sondern überhaupt noch gar keinen solchen ausgeübt hatten, wie dies die medicinische Untersuchung ihrer Genitalien bewies. Sie bilden eine Gruppe von Mädchen — Schneiderinnen und Putzmacherinnen — aus unseren Moskauer Handwerkstätten, die sich successive von erwachsenen syphiliskranken Meisterinnen oder Arbeitsgefährtinnen inficirten, welche zuweilen schon vor ihnen als notorisch Syphiliskranke in unserem Krankenhause gelegen hatten. Leicht möglich, dass die Infection per os bei diesen Mädchen theils auch von ihrer professionellen Beschäftigung bedingt war, wie zum Beispiel das gebräuchliche Verfahren, die nöthigen Haken und Oehsen, sowie Stecknadeln, welche möglicherweise früher im Munde von Syphilitikerinnen gewesen und dann der Unnöthigkeit wegen in die allgemeine Schachtel geworfen wurden, im Munde zu halten, theils aber wurde die Ansteckung bewirkt durch das Rauchen von Cigarrettenstümpfchen, welche im Munde von erwachsenen syphilitischen Meisterinnen verweilt hatten, durch Küsse, durch gemeinschaftliche, auch als Servietten dienende Handtücher, aber weit wahrscheinlicher durch den abwechselnden Gebrauch von hölzernen Löffeln, und durch das Trinken aus gemeinschaftlichen Geschirren ohne vorausgegangene genügende Reinigung derselben.

Die per os inficirten kleinen Mädchen pflegten vor ihrem Eintritte ins Krankenhaus, wie dies aus den Krankenlisten ersichtlich ist, zwei bis drei Monate in den Handwerkstätten zu

verweilen, und boten bei ihrer Aufnahme schon hochgradig entwickelte breite Condylome der Genitalien und Papeln der Mundschleimhaut, und konnten folglich die Gesundheit der Uebrigen nicht nur gefährden, sondern thaten es wirklich, indem in unser Krankenhaus immer neue und neue extragenital inficirte Syphiliskranke aus denselben Werkstätten gelangten.

Die weit vorgeschrittenen Syphilidenformen, mit denen diese kleinen Kinder aus den Moskauer Werkstätten in unser Krankenhaus eingeliefert wurden, zuweilen noch mit ganz frischen Spuren von Ruthen an den Nates, Händen und dem Rücken, und mit massenhaften Insectenstichen, bewiesen mir ganz klar, wie wenig in diesen Werkstätten das Wichtigste, die Gesundheit der Handwerkerinnen berücksichtigt, und mit welcher Strenge ihre Arbeitsleistung überwacht wird.

Vor einigen Jahren pflegte unser Krankenhaus nach Aufnahme syphiliskranker Frauen aus Fabriken, Werkstätten und anderen Anstalten das sanitätspolizeiliche Comité davon in Kenntniss zu setzen. Es wurde dann Seitens der Polizei, nach vorläufiger Uebereinstimmung mit dem Krankenhause, in die betreffenden inficirten Locale eine Hebamme zur Besichtigung der weiblichen Arbeiterinnen delegirt. Diese Massnahme führte dahin, dass nach Aufnahme einer Syphilitikerin von einer Fabrik oder Anstalt deren noch fünf bis sechs eintraten.

Leider aber hat das sanitätspolizeiliche Comité schon seit einigen Jahren von dieser nützlichen Massnahme Abstand genommen, aus mir unbekannten Gründen.

Ausser der angeführten Gruppe von syphilitischen Meisterinnen bilden eine ansehnliche Reihe von per os inficirten Frauen solche, die sich mit ihrer häuslichen Wirthschaft beschäftigen. Es waren verheiratete, auf eigene Mittel oder auf die ihrer Männer lebende, oder durch persönliche Arbeit sichergestellte, meist bejahrte, 40—50 Jahre alte, keiner Nebeneinkünfte per coïtum bedürftige Frauen; alle diese Kranken waren sozusagen am häuslichen Herde inficirt worden. Die eine von ihnen hatte sich zum Beispiel von ihrem Manne inficirt, der gleichfalls ein Ulcus induratum der Oberlippe hatte, also auch selbst extragenital erkrankt war; die andere hatte sich von einem syphiliskranken Verwandten angesteckt; noch andere vermochten gar keine Aus-

künfte, weder über den Beginn ihres Leidens, noch über die Ansteckungsquelle zu ertheilen.

Leider gelangten alle diese Kranken in unser Krankenhaus schon mit scharf ausgesprochenen secundären Haut- und Schleimhautsyphiliden und konnte folglich durch sie längere Zeit hindurch die Syphilis sogar in ihren eigenen Familien verbreitet werden.

Diesen beiden durch die grosse Zahl der Kranken ausgezeichneten Krankengruppen folgen männliche Fabrikarbeiter (4), darunter 2 Knaben, von denen einer 12 und der andere 15 Jahre alt waren. Sämmtliche Kranke dieser Gruppe wurden nicht in Folge ihres Professionsberufs, wie dies zum Beispiel bei Glaspustern vorkommt, inficirt, sondern durch den Gebrauch gemeinschaftlicher Ess- und Trinkgeschirre beim Zusammenleben mit Syphilitikern.

Darauf folgen der Zahl nach Stubenmädchen, Kinderwärterinnen (von denen eine 10 Jahre alt war!), Köchinnen, Tischler, Wäscherinnen, Schneider, Handelsleute, ein Buffetier im Alter von 62 Jahren u. s. w., Leute, die, wie anzunehmen ist, durch gemeinschaftliches Essen und Trinken inficirt wurden.

Die Gesammtzahl der mit primären Papeln (primären Syphilomen, respective Sklerosen) Behafteten war 49, darunter 20 Männer und 29 Frauen.

Das Ueberwiegen der Fälle von Infection per os bei Frauen wurde unter unseren Kranken, wie wir weiter sehen werden, nicht nur hinsichtlich der Schanker der Mundlippen, sondern auch der Mundhöhle überhaupt beobachtet.

Die Diagnose der primären Syphilome liess sich aus dem Gesammtergebnisse der localen Veränderungen der Mundlippen, sowie aus den allgemeinen, durch Syphilis bedingten Veränderungen des Organismus stellen.

Als eines der ersten localen Symptome stattgehabter Syphilisinfection der Lippen trat, laut meinen Beobachtungen, das Nichtverheilen von Rhagaden und Verletzungen überhaupt der Lippen auf. Die gewöhnlichen Lippenschrunden, respective Rhagaden eitern bei ihrem Auftreten, wie bekannt, sehr wenig, und heilen in fünf bis sechs Tagen unter dünner linearer Borke. Anders verhält es sich, wenn in die Rhagaden, respective Substanzverluste der Lippen das syphilitische Contagium gelangt; sie heilen

dann entweder temporär, um sich wieder zu öffnen, oder heilen gar nicht, greifen allseits um sich und bedecken sich zuweilen mit einer dicken Borke, welche mit dem Zerfalle der afficirten Hautstellen der Lippen sich stark vergrössert.

Als zweites Symptom der an der Lippenhaut sitzenden primären Papeln bezeichne ich die Bildung einer anwachsenden Borke, die ihrer Farbe und ihrem Aussehen nach sehr an die Kruste der pustulösen Syphiliden erinnert (Ekthyma, Rupia).

Als drittes und dabei sehr charakteristisches Kennzeichen ist die Affection der nächstgelegenen Lymphdrüsen, und zwar der Submaxillardrüsen zu betrachten, die bei asymmetrischer (lateraler) Lage der Lippenschanker bedeutend stärker auf der Seite afficirt werden, in deren Nähe der Schanker sitzt. Die übrigen Drüsen des Halses und der anderen Körpertheile sind von untergeordneter Bedeutung und erreichen nie so beträchtliche Grösse und namentlich nie solche Härte, wie die Submaxillardrüsen.

In den von mir persönlich beobachteten Fällen gelang es mir, hinsichtlich der Palpation der Submaxillardrüsen folgende Eigenthümlichkeit zu bemerken: Dort, wo die primären Papeln der Mundlippen erst vor Kurzem aufgetreten, jedoch schon von einer Adenitis der Submaxillardrüsen begleitet waren, liessen sich die letzteren wohl auch bei gewöhnlicher Palpation durchfühlen, aber keineswegs so deutlich, wie dies meiner Meinung nach geschieht, wenn man dieselben mit flectirten, unter den Horizontalast des Unterkiefers eingeführten Fingerspitzen sammt dem gefassten subcutanen Bindegewebe vom Unterkiefer nach aussen abschiebt. Bei dieser Manipulation gewinnt man den Eindruck, als ob man unter den Fingern eine Art von Säckchen mit Nüssen hat, ähnlich den Backentaschen einiger Affen, denen man soeben eine Handvoll Nüsse gereicht hat. Dieses tritt besonders deutlich hervor bei mageren Individuen, deren Drüsen leicht gezählt werden können. Ich möchte dieses Verfahren ganz besonders hervorheben, da dasselbe die Zahl und Grösse der afficirten Drüsen genauer als das einfache Betasten mit den flectirten Fingerspitzen zu bestimmen erlaubt. Die nach aussen hervorgezogenen Drüsen erscheinen bei Betastung bedeutend grösser, als es gewöhnlich der Fall ist, wenn sie nicht vorgeschoben im Zellgewebe verborgen liegen bleiben.

Als viertes Symptom ist die Induration, respective die Sklerose der primären Syphilome der Mundlippen und das sklerotische Oedem (Pick) der die primären Papeln begrenzenden Theile zu bezeichnen. Die die Primäraffectionen der Lippen begleitende Sklerose ist zuweilen von geradezu knorpelartiger Consistenz. Nur in einem Falle (Nr. 106) liess sich keine Verhärtung der Sklerose durchfühlen.

Es ist nun selbstverständlich, dass die erwähnten Symptome, sowie das Fehlen primärer syphilitischer Papeln an den Genitalien, frische Syphilide, ferner die klinische Beobachtung der Kranken die Syphilisdiagnose einerseits ausser Zweifel stellten, andererseits aber eine Verwechslung der primären syphilitischen Sklerosen mit anderen, mit Syphilis nichts Gemeinschaftliches habenden Krankheiten nicht gestatteten. Bei zweifelhafter Diagnose, wo das betreffende Mundlippengeschwür einen cancrösen Charakter zu haben schien, wie dies einmal in unserem Krankenhause der Fall war, wurde zur Sicherstellung der Diagnose die histologische Untersuchung zu Hilfe gezogen.[1])

Wie schwierig zuweilen die Differentialdiagnose primärer Lippensklerosen und epithelialer Carcinome ist, geht aus Kaposi's[2]) Worten hervor:

„Ich habe einen Fall dieser Art mit Prof. Hebra durch Monate hindurch beobachtet, in welchem trotz des bewussten Abwägens der beiderseitigen Momente die Erscheinungen des Carcinoms erst nach Jahresfrist, nachdem harte Intumescenz der Nachbardrüsen und nächtliche lancinirende Schmerzen sich eingestellt hatten, zu erkennen waren.“

In meinem Falle (von Dr. Struser in seinem Artikel citirt) wurde dem Kranken, der einen Chancre mixte der Oberlippe hatte, Seitens einiger Chirurgen angerathen, ein vermuthetes Epitheliom zu exstirpiren; jedoch das Bestreuen mit Jodoform und das Auftreten eines syphilitischen Ausschlages löste die Frage ohne operativen Eingriff.

---

[1]) In einem Falle von verdächtigem Ulcus wurde die Diagnose histologisch durch Dr. Struser entschieden (Mediz. Obozrenie 1880, S. 856).

[2]) Cf. Lehrbuch der Hautkrankheiten von Prof. F. Hebra und Prof. M. Kaposi, pag. 524.

Was die locale Behandlung der primären Lippenpapeln anlangt, so wurde mit gutem Erfolge eine Salbe benutzt, deren ich mich bei harten Schankern überhaupt gern bediene, und zwar: Rp.: Hydrarg. praecipit. albi Gr. III—VI (0·15—0·3), Acidi carbolici Gr. XV—XX (1·0), Axung. porci ℥j (30·0). MDS. Salbe. Die Salbe wird auf hygroskopische Watte oder weiche Marly aufgestrichen. Seltener wurde Hydrarg. praecipit. rubrum benutzt.

Mitunter wurden die primären Geschwüre mit Acid. carbolic. Gr. XX—ʒs (1·0—2·0) cum ℥j (30·0) Ol. provinc. oder Axungiae u. s. w. behandelt. An der Lippenschleimhaut wurden die Papeln mit Argent. nitr. in substantia oder in Lösungen Gr. X—ʒs : ℥j Aquae (0·5—2·0 : 30·0) touchirt. Nach Verheilung der Hautgeschwüre wurde auf die zurückgebliebene Sklerose bis zur völligen Resorption ein Emplastr. mercur. c. saponato aufgelegt. Ausser der localen Behandlung wurde gleichzeitig eine allgemeine eingeleitet, und zwar am häufigsten eine mercurielle in Form von Frictionen oder subcutanen Injectionen nach den allgemein gebräuchlichen Regeln der gegenwärtigen Syphilistherapie.

Trotz der Resorption der Sklerose hielt doch das sklerotische Oedem an den afficirten Lippenhautstellen noch lange an, wodurch zuweilen nach ein, sogar zwei Jahren nach Beginn der Erkrankung die afficirte Stelle noch zu erkennen war, wovon ich mich in meiner Privatpraxis wiederholt überzeugen konnte.

B. Primäre Papel des Zahnfleisches.

Der anatomisch-topographischen Reihenfolge der von extragenitaler Syphilisinfection befallenen Theile des Mundes folgend, müssen wir jetzt zur Beschreibung der primären Papeln des Zahnfleisches übergehen. Aus der Gesammtzahl der in unserem Krankenhause beobachteten extragenitalen Mundschanker ist nur ein Fall von primärer Papel des Zahnfleisches zu verzeichnen.[1]) Dieser Fall betrifft einen Herrn, Clarinettisten, der wegen beträchtlicher Schwellung seiner Halsdrüsen im Jahre 1884 in die

[1]) Unter der beträchtlichen Anzahl von Fällen extragenitaler Syphilisinfection stellen die primären Papeln, respective Geschwüre des Zahnfleisches, wie dies aus der am Ende angeführten Literatur dieses Gegenstandes zu sehen ist, eine seltene Erscheinung dar.

chirurgische Abtheilung eines unserer Krankenhäuser sich aufnehmen liess. Nach dem Auftreten eines papulösen Hautsyphilides wurde er unserem Krankenhause überwiesen, wo sich bei dessen Untersuchung Folgendes herausstellte: Sklerotisches, V-förmiges, hellrothes Geschwür auf der dem linken Schneidezahne entsprechenden Seite des oberen Zahnfleisches, mit hart anzufühlenden, leicht erhabenen, hellrothen Bändern; linksseitige classische Adenitis der Submaxillardrüsen, eine Adenitis mässigen Grades der Drüsen des Halses und der übrigen Körpertheile, und eine Roseola syphilitica; alle diese Symptome und das Fehlen eines Schankers an den Genitalien liess nun keinen Zweifel darüber bestehen, dass wir einen harten Schanker des Zahnfleisches vor uns hatten, der, wie die Profession des Kranken es vermuthen liess, beim Blasen der Clarinette, deren sich ausser ihm noch Andere bedienten, acquirirt war.

C. Primäre Papeln der Zunge.

Von primären Sklerosen der Zunge wurden in unserem Krankenhause drei Fälle beobachtet. Der eine betraf einen Mann (1880), von dem eine Aquarellzeichnung (ausgeführt vom Künstler Beljankin) in der Collection des Mjassnitzky'schen Krankenhauses sich befindet.[1]) Nach Aussage des Kranken will er sich die Zunge mit einer Fischgräte angestochen haben, und als die Wunde noch nicht verheilt war, habe er eine Prostituirte geküsst und mit ihr Bier getrunken; über den Gesundheitszustand Letzterer war ihm nichts bekannt. Viel wahrscheinlicher ist übrigens, dass der Kranke, Schuhmacher von Profession, sich durch hölzerne Schuhzwicken, die im Munde eines Syphilitikers gewesen waren, inficirte, denn es ist wohl bekannt, dass Schuhmacher, ebenso wie Tapezierer, beim Beschlagen der Fusssohlen die Zwicken im Munde halten, und die überflüssigen mit dem ihnen natürlich anhaftenden Speichel in die gemeinschaftliche Schachtel zurückwerfen.

Die anderen zwei Fälle von primären Papeln der Zunge wurden bei Frauen beobachtet. Die eine, Witwe, 34 Jahre alt,

---

[1]) Dieser Kranke wurde von mir in der Physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Moskau im Jahre 1880 vorgestellt. Siehe die Sitzungsberichte für das Jahr 1880, erste Hälfte.

Köchin von Profession, war früher in einer Familie als Kinderwärterin angestellt gewesen, wobei sie im Laufe von drei Monaten ein notorisch syphilitisches Kind zu warten hatte. Zwei Monate nach Abgang von dieser Stelle liess sie sich in unser Krankenhaus aufnehmen, wobei ausser einem Ulcus induratum linguae eine Roseola syphilitica elevata bei ihr constatirt wurde. Die Adenitis war besonders scharf an den Cervical- und namentlich an den Submaxillardrüsen ausgesprochen. Der andere Fall betraf auch eine Köchin, eine dreissigjährige, deren Ansteckungsmodus unaufgeklärt blieb.

In all diesen Fällen waren die Ulcera indurata linguae rund, scharf begrenzt, von fleischrother Farbe, von der Grösse eines Fünfzig-Pfennigstückes und ragten über die Schleimhautfläche hervor; die Härte der Sklerose war immer scharf ausgesprochen.

Ausser dem typischen Aussehen eines harten Schankers und den Allgemeinerscheinungen der Syphilis ist als eines der frühesten und am meisten charakteristischen Kennzeichen der primären Zungenpapeln die Adenitis der Cervical- und ganz besonders der Submaxillardrüsen zu bezeichnen.

D. Primäre Papeln des Rachens.

Nach den Primäraffecten der Mundlippen müssen wir uns noch eingehender mit den primären Papeln des Rachens beschäftigen.

Der Rachen ist ebenso oft, wie die Lippen des Mundes, dem Eintritte des syphilitischen Contagiums zugänglich, und namentlich bei Frauen. In der Gesammtzahl der Fälle von Infection per os (99) treten die primären Papeln des Rachens ihrer Zahl nach ganz besonders hervor: sie bilden beinahe die Hälfte aller Fälle von Infection per os.

Da diese Affection des Rachens bedeutende Verschiedenheiten, je nach der Periode der Krankheit, darstellt, mitunter aber ihr Aussehen von der dem Eintritte ins Krankenhaus vorausgegangenen Behandlung, von Tabakrauchen, Erkältung und anderweitigen Nebenwirkungen abhängt, so möchte ich in dieser Abhandlung, ohne auf zufällige Complicationen einzugehen, nur die gemeingiltigen Merkmale der primären Rachenpapeln nach Möglichkeit hervorheben, auf deren Grund die Diagnose zu stellen wäre.

Beim Untersuchen von per fauces inficirten Kranken tritt dem Arzte, je nach dem Falle, dem Verlauf und den Complicationen, ein verschiedenes Bild der primären Rachenpapeln entgegen. Wie aber diese Veränderungen des Rachens auf den ersten Blick auch noch so verschiedenartig sein mögen, können sie doch, wie mir scheint, von den zufälligen Complicationen isolirt werden und als leitende diagnostische Kennzeichen dienen.

Im Rachen mehr als irgendwo hat das primäre Syphilom ein besonderes, dieser Affectionsstelle eigenthümliches Gepräge. Die Kenntniss dieser Merkmale ist für den Arzt in doppelter Hinsicht wichtig: 1. Vom praktischen Standpunkte nicht soviel für den Syphilidologen, als vielmehr für den praktischen Arzt, der selten primäre syphilitische Rachenaffectionen zu beobachten Gelegenheit hat, umsomehr, als eine rechtzeitig gestellte Diagnose, namentlich bei ambulanten Kranken, für die Behandlung und Prognose von grosser Tragweite ist. 2. Noch bedeutend wichtiger ist unserer Meinung nach eine zu rechter Zeit gestellte Diagnose primärer Rachenschanker für die sociale Prophylaxis, da die nicht rechtzeitig diagnosticirten Rachenschanker, welche zuweilen Seitens der Nichtspecialisten flüchtig als Angina bezeichnet werden, zur heimtückischesten Verbreitungsquelle des syphilitischen Contagiums werden können, und nicht allein im Publicum, sondern auch im Empfangszimmer des Arztes, zum Beispiel beim Katheterisiren der Tuba Eustachiae u. s. w.

Worin besteht denn eigentlich das Eigenthümliche der primären syphilitischen Rachenpapeln?

Diese Frage lässt sich meiner Meinung nach nur auf Grund einer ganzen Reihe einschlägiger Fälle und richtig geschilderter Krankheitsbilder lösen.

Eine der ersten Beschwerden, über welche fast alle unsere Kranken nicht allein klagten, sondern manche sogar sich deswegen in innere Abtheilungen anderer Krankenhäuser aufnehmen liessen, war das Gefühl von Unbehagen beim Schlucken, ja mitunter von Schmerz, ähnlich wie bei der Erkältungsangina.

Es ist in der Syphilidologie wohl bekannt, dass alle Aeusserungen der Syphilis, von den prodromalen Erscheinungen und den Affectionen der Knochen und des Nervensystems abgesehen, mögen sie ihren Sitz auf den Hautdecken oder den Schleimhäuten haben,

sich dem Kranken gegenüber durch nichts manifestiren. Wer von den Aerzten hatte nicht Gelegenheit, mit gummösen Rachenaffectionen behaftete Kranke zu sehen, welche sich ihm fast Tags vor der Perforation des Gaumens, oder mit perforirten Geschwüren der Nasenscheidewand und ähnlichen Erscheinungen vorstellten, wobei die Kranken, inveterirte Syphilitiker, über die Resultate der Untersuchung in Erstaunen geriethen, und hier zuerst über ihr Leiden erfuhren. Das Fehlen aller subjectiven Beschwerden kommt auch bei primären Sklerosen verschiedener Körperregionen vor. Eine Ausnahme bilden zuweilen die Sklerosen der Finger der Hand (Tarnowsky) und unserer Meinung nach die Sklerosen des Rachens.

In der Mehrzahl der Fälle bildet die unangenehme Empfindung beim Schlucken eine beinahe constante Erscheinung bei Primäraffecten des Rachens, und ist in diagnostischer Hinsicht dieses Unbehagen, respective Kratzen beim Schlucken und die Schmerzhaftigkeit gegen Druck umsomehr wichtig, als bei der Angina syphilitica erythematosa et papulosa die subjectiven Beschwerden gewöhnlich fehlen, und die afficirten Stellen gegen Fingerdruck schmerzlos sind.

Aufmerksame Kranke gaben fast durchwegs an, dass sie während der ganzen Zeit ihres Halsleidens ein Gefühl des Unbehagens, sogar von Schmerz beim Schlucken verspürten. Was die Zeit des Auftretens von Hautsyphiliden, die zuweilen erst nach dem Eintritte der Kranken ins Krankenhaus ausbrachen, anlangt, so pflegten die Schmerzen im Rachen den Syphiliden lange (2—5 Wochen) voranzugehen, und blieben nicht selten auch nach erfolgter Eruption bestehen. Dieser Schmerz localisirt sich namentlich in den Tonsillen und verstärkt sich bei Fingerdruck.

Als erstes Symptom primärer syphilitischer Rachenpapeln erscheint folglich das Gefühl des Unbehagens beim Schlucken, zuweilen von Schmerz, welcher sich besonders bei Druck auf die Tonsillen steigert.

Das zweite für die Rachenschanker charakteristische Kennzeichen ist die begleitende Adenitis der nächstgelegenen Lymphdrüsen, und zwar die am meisten ausgesprochene Adenitis der Submaxillardrüsen.

Untersucht man mit primären Rachenpapeln behaftete Kranke bei entsprechend entblösstem Körper, so ist das Erste, von Syphiliden, wenn solche schon bestehen, abgesehen, was dem untersuchenden Arzte auffällt — die sichtbare Anschwellung der Hals- und namentlich der Submaxillardrüsen.

Bei systematischer Untersuchung derartiger Kranken und nach vorausgegangener Besichtigung ihrer Genitalien fällt dem Arzte unwillkürlich in die Augen entweder das vollständige Fehlen einer specifischen Adenitis der Inguinaldrüsen, oder nur eine gewöhnliche Vergrösserung derselben, wie sie bei Leuten, die viel zu gehen oder stehend zu arbeiten haben, vorkommt; ferner fast vollständiger Mangel von Epitrochlear- und Axillardrüsen, und dem gegenüber eine nicht nur sichtbare, sondern noch in grösserem Masse palpable, sehr starke Anschwellung und Verhärtung der Submaxillardrüsen, deren Grösse, wie aus den Krankenlisten ersichtlich, zuweilen nicht nur die eines Taubeneies, sondern auch die eines Hühnereies erreichte; diese Vergrösserung der Submaxillar- und Cervicaldrüsen verändert die Configuration des Halses in so hohem Masse, dass immer eine in die Augen fallende Asymmetrie desselben entsteht. In allen Fällen, wo auch nur eine mässige Anschwellung der Submaxillardrüsen beobachtet wurde, zeichneten sich dieselben, als Eintrittsstelle des syphilitischen Contagiums am nächsten gelegene, ihrer Grösse nach von den Lymphdrüsen der übrigen Körpertheile desselben Individuums aus. Ihre mittlere Grösse unmittelbar unter dem Unterkieferwinkel betrug in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle etwa die einer Olive bis zu der einer Wallnuss. Die Submaxillardrüsen boten ausser ihrer beträchtlichen Anschwellung eine feste und derbe Consistenz, lagen vereinzelt oder bildeten zuweilen bedeutende Conglomerate, mit den Nachbardrüsen durch Bindegewebe verlöthet. In der Mehrzahl der Fälle waren die Submaxillar- und Halsdrüsen vollständig indolent, und nur in zwei Fällen bei beträchtlicher Vergrösserung stark schmerzhaft. Bei primären Rachenpapeln pflegten die Submaxillardrüsen früher und stärker als andere Drüsen anzuschwellen, und zwar war bei einseitiger Affection die Anschwellung eben auf der Seite stärker ausgesprochen, wo das Eindringen des syphilitischen Contagiums stattgefunden hatte. Bei doppelseitigen primären syphilitischen

Tonsillitiden waren die Drüsen beiderseits entweder von gleicher Grösse, oder aber es prävalirte nur die eine Seite.

Nach den am Horizontalaste des Unterkiefers gelegenen Submaxillar- und Maxillardrüsen werden bei primären Rachenpapeln am häufigsten die lateralen Halsdrüsen hinter dem M. sterno-cleido-mastoideus afficirt; sie waren in solchem Falle bedeutend grösser, als es sonst bei allgemeiner syphilitischer Adenitis der Fall ist, und standen in einigen Fällen ihrem Umfange nach sogar den Submaxillardrüsen kaum nach. Es folgen nun hinsichtlich der Häufigkeit der Affection die Occipital-, Präauricular-, Mastoidal-, Submental- und Jugulardrüsen u. s. w.

Was die allgemeine Polyadenitis anlangt, so war sie bei Rachenpapeln durch Nichts von der gewöhnlichen, bei der initialen Syphilis vorkommenden Adenitis ausgezeichnet, und bildeten die Inguinaldrüsen im Vergleich zu den Submaxillar- und Cervicaldrüsen überhaupt einen schroffen Contrast zu den Fällen, wo es sich um eine Syphilisinfection per genitalia handelte.

Als drittes Unterscheidungsmerkmal der Rachenschanker ist die Farbe der afficirten Stellen, auf die das syphilitische Contagium eingewirkt hatte, und diejenige der Nachbartheile zu bezeichnen. Primäre Papeln verursachen nirgends auf der Haut so intensive Röthung, wie an der Rachenschleimhaut. Die Röthe des Rachens an der Affectionsstelle war bald beschränkt, bald diffus und bei einseitiger Affection immer auf der einen Seite, und zwar auf der, wo das syphilitische Contagium zuerst eingewirkt hatte, localisirt. Diese einseitige Hyperämie ist bei solitären Primäraffectionen des Rachens von grosser Wichtigkeit. Die braunrothe Verfärbung der afficirten Theile der Schleimhaut ging öfters in eine dunkelkirschrothe, ja sogar dunkelviolette über, offenbar von einer Stauungshyperämie bedingt, Dank dem Reichthume des Rachens an Venengeflechten und Venen.

Als viertes Kennzeichen bei der Diagnose primärer Rachenpapeln dient die Vergrösserung der Tonsillen, so lange sie noch vom Zerfall verschont bleiben. In diesen Fällen schwellen die Tonsillen stark in den Rachen hinein an, sind roth, meistens gegen Druck schmerzhaft, hart, und bei einseitiger Affection nur auf einer Rachenhälfte ausgesprochen. Die Härte der Tonsillen zeichnete sich in diesen Fällen sehr von jener resistenten Derbheit

aus, welche bei Verhärtung der Tonsillen in Folge allgemeiner syphilitischer Infection auftritt, und von Dr. P. Hamonic[1]) in seiner Arbeit „Hypertrophie amydalienne syphilitique“ beschrieben ist.

In den initialen Entwickelungsperioden der primären Rachenpapeln lassen sich, ausser den erwähnten Veränderungen in Bezug auf Farbe und Consistenz, Erosionen wahrnehmen, die identisch mit denen sind, welche an der Schleimhaut der Mundlippen und des Gebärmutterhalses vorzukommen pflegen. An den Tonsillen sind die Erosionen scharf begrenzt und von intensiv rother Farbe; öfters aber waren die Tonsillen und die in Mitleidenschaft gezogenen Rachentheile von einem graulich aschefarbigem Belage, einer sogenannten Pseudomembran bedeckt (Cornil, Leloir).

Fünftens endlich kann das charakteristische Aussehen der harten Rachengeschwüre selbst diagnostisch verwerthet werden.

Folgen wir nun auch bei den in Rede stehenden Rachengeschwüren der üblichen Beschreibung der Geschwürstheile, so haben wir Folgendes hervorzuheben. Treten primäre Papeln und aus dem Zerfalle derselben entstandene Geschwüre an den Mundlippen oder an der Zunge auf, so zeigen sie, wie bereits erwähnt, scharf begrenzte Ränder; dem gegenüber hatten aber die Primäraffecte des Rachens in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vollständig unregelmässige, zackige, angefressene Ränder, gleichviel ob die Geschwüre auf die Tonsillen allein beschränkt waren oder gleichzeitig auch auf die Nachbartheile übergriffen. Die Geschwürsränder waren nur sehr selten unterminirt und hafteten immer dem Geschwürsgrunde fest an. An der Peripherie liess sich constant eine mehr minder scharf ausgesprochene verschiedenartig nuancirte, weit über die Geschwürsgrenze gehende Röthe wahrnehmen. Bei Geschwüren der Tonsillen zeigten sich die Ränder beim Anfühlen nicht selten viel härter als der Grund.

An den Gaumenbögen und Pharynxwänden war der Geschwürsgrund oberflächlich, an den Tonsillen dagegen fast immer kraterförmig vertieft, oft mit schmutzig-braunem oder gräulichem Belage bedeckt, der an den Tonsillen beträchtliche Dimen-

[1]) Annales de dermatologie et de syphilographie 1882, pag. 393 etc.

sionen erreichte und alsdann sehr an ein vom Zerfall ergriffenes gummöses Infiltrat oder an ein hartes, gangränöses Schankergeschwür erinnerte. Ausser dem Schorfe, respective Belage, traten zuweilen einzelne Partikel der von der Infiltration durchsetzten und dem partiellen Zerfalle anheimgefallenen Drüse hervor.

Was die Härte des Geschwürsgrundes anlangt, so war sie nur in einem Falle vollständig unpalpabel, in einem anderen war sie nur undeutlich ausgesprochen, in den übrigen Fällen aber liess sie sich leicht durchfühlen, und zeigte der Geschwürsgrund eine deutliche Verhärtung, die sogar zuweilen eine wahre knorpelartige Consistenz erreichte.

In den Fällen, wo die Kranken sich mit schon zerfallenen Mandelgeschwüren vorstellten, und wo über die Härte des Geschwürsgrundes schwer oder gar unmöglich zu urtheilen war, konnte man die Sklerose in den Geschwürsrändern, welche diese Verhärtung noch beibehielten, durchfühlen. In diesen Fällen gewann man bei der Digitalpalpation dieser verhärteten Geschwürsränder den Eindruck etwa eines Guttaperchaninges.

Ein anderes von mir beobachtetes und von einigen meiner Collegen in ihren Krankenlisten notirtes, nicht minder interessantes, wenngleich nicht constantes Symptom besteht darin, dass in den Fällen, wo die Gewebssklerose sich auf die Gaumenbögen und das Gaumendach ausdehnte, jene sich wahrnehmen liess beim Emporheben des Daches oder bei Druck mit der Sonde, wodurch die Sklerose auffallend blass wurde, ähnlich dem, wie die beim Umstülpen des Präputiums umschlagende Sklerose an der Umschlaggrenze abblasst.

Als fünftes diagnostisches Merkmal primärer Rachenpapeln dient folglich die Härte der Geschwürsränder und die Abblassung der Gaumenbögen und des Gaumendaches auf Druck.

Was die Localisation der primären Rachenpapeln anlangt, so sassen sie am häufigsten an den Tonsillen, wobei in 9 Fällen unter 46 Rachenschankern beide Tonsillen afficirt und folglich die Schanker multipel waren. Nur in einem Falle war die Affection ausschliesslich auf den Vorderbogen, in einem anderen auf das Palatum molle beschränkt. In der grössten Mehrzahl der Fälle waren von den primären Papeln, respective Geschwüren,

gleichzeitig mit den Mandeln auch die vorderen und hinteren Gaumenbögen, der weiche Gaumen und die hintere Pharynxwand betroffen.

Die Diagnose der primären Rachenpapeln, respective Geschwüre, bot bei unseren Kranken sicherlich keine Schwierigkeiten dar. Die Hautsyphiliden, mit denen die meisten Kranken sich ins Krankenhaus aufnehmen liessen, die charakteristische Affection der der Erkrankungsstelle nächstgelegenen Submaxillar- und Cervicaldrüsen, ferner das Fehlen des sogenannten Foramen contagiosum an den Genitalien, das zuweilen kindliche Alter (sieben- bis zehnjährige Mädchen, die keinen Coïtus ausgeübt hatten), alle diese, durch die Untersuchung gewonnenen Thatsachen und darauffolgende specifische Behandlung sicherten vollständig die Diagnose der primären syphilitischen Rachenaffectionen.

Wenn wir jedoch berücksichtigen, dass die mit syphilitischen Rachenpapeln behafteten Kranken längere Zeit hindurch als ambulante Patienten bei Nichtspecialisten figuriren und als Halskranke behandelt werden, oder aber aus gleicher Ursache chirurgischen, respective therapeutischen Spitalabtheilungen überwiesen werden, wo sie wiederum bleiben, bis Hautsyphiliden auftreten und sodann erst in unser Krankenhaus gelangen, so glauben wir, dass die Diagnose der Rachenschanker für Nichtspecialisten eine keineswegs leichte Aufgabe ist.

Obwohl Diday[1]) schon im Jahre 1861 auf die Möglichkeit des Auftretens und auf die Symptome primärer syphilitischer Tonsillenschanker hingewiesen hat, bleiben dennoch auch bis jetzt die Erscheinungen der primären Rachensklerosen noch wenig erforscht. Wir haben es Fournier, Mauriac und anderen französischen Autoren zu verdanken, dass man diese Erscheinungen mit steigender Sorgfalt zu erforschen begann, und sind in letzterer Zeit in der syphilidologischen Literatur Dissertationen, die sich mit der Frage über syphilitische Rachenschanker beschäftigen, veröffentlicht.

Die Schwierigkeiten der Diagnose sind einerseits in dem Umstande zu suchen, dass die Feststellung der für die Diagnose

---

[1]) Diday. Étude sur le chancre de l'amygdale. Mémoires et comptes-rendus de la Société sc. méd. de Lyon, T. I, 1861—62.

der Rachenschanker massgebenden Kennzeichen relativ noch neu ist, andererseits aber darin, dass in Folge ihres seltenen Auftretens es schwer fällt, in kurzer Zeit eine genaue Kenntniss des Krankheitsbildes zu gewinnen, und namentlich, wie es oft der Fall ist, bei einmaliger Inspection des Kranken. Durch die bereits besprochenen Eigenthümlichkeiten sind die Rachenschanker ganz verschieden von denselben Veränderungen der Lippen, der Zunge und des Zahnfleisches und erhalten in der That ein besonderes Gepräge dank ihrer Lage und denjenigen anatomischen und physiologischen Bedingungen, die auf die Physiognomie der Schanker des Rachens und namentlich der Tonsillen keineswegs einflussfrei bleiben können.

Je nach der Krankheitsperiode lassen sich für die primären syphilitischen Rachenpapeln, respective Geschwüre, folgende charakteristische Merkmale aufstellen.

1. Die submaxillare, an Umfang und Consistenz beträchtliche Adenitis derjenigen Seite, wo die primäre Rachenpapel, respective das Geschwür ihren Sitz hat. Bei doppelseitiger Affection ist auch eine doppelseitige submaxillare Drüsenaffection zu constatiren.

2. Sind die Tonsillen unversehrt, so erscheinen sie vergrössert, sind hart anzufühlen, und fast immer gegen Druck empfindlich.

3. Sitzen die primären Papeln, respective Geschwüre im Rachen, so empfinden die Kranken lange (3—5 Wochen) vor dem Auftreten von Syphiliden ein Gefühl von Unbehagen, mitunter von Schmerz beim Schlucken.

4. Bei einseitiger Rachenaffection entsteht durch Vergrösserung der einen Tonsille und durch Oedem der Nachbartheile (der Gaumenbögen, zuweilen der Uvula) eine Asymmetrie des Rachens, der eine Affection der Submaxillardrüsen derselben Seite entspricht.

5. Die erodirten primären Rachenpapeln zeichnen sich durch intensive Röthe der afficirten Stellen, durch Oedem aus, wobei sie eine rothbraune, ja dunkelkirschrothe, zuweilen violettblaue und sogar schiefergraue Färbung annehmen.

6. Die Rachenaffection ist selten auf die Tonsillen allein beschränkt, sondern greift auch auf die Nachbartheile (Palatum molle, Pharynx) über.

7. Die Geschwüre des Rachens und namentlich der Tonsillen, wenn sie dem Zerfalle anheimfallen, sind fast immer mit einem speckigen, graulichbraunen, quasi gangränösen Belage bedeckt.

8. Die syphilitischen Schankergeschwüre des Rachens haben unebene, zickzackförmige, harte Ränder, welche, falls die centralen Theile der Tonsillen in Zerfall übergehen, sich zuweilen als derbe Ringe anfühlen lassen.

9. In den Fällen, wo die primäre Sklerose auf die Gaumenbögen übergreift, gelingt es zuweilen durch Emporheben derselben mit der Sonde eine charakteristische Abblassung der Sklerose zu erhalten.

10. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (sogar 6—8 Wochen nach erfolgter Infection) gewinnt man bei Untersuchung syphilitischer Rachenschanker mit dem Finger die Empfindung einer deutlichen Sklerose.

11. Zuweilen stellt sich Taubheit ein, als Folge einer Anschwellung und Compression der Oeffnung der Tuba Eustachia, und zwar auf der der Sklerose entsprechenden Seite.

12. Das Fehlen primärer syphilitischer Papeln an den Genitalien und einer charakteristischen Adenitis der nächstgelegenen Inguinaldrüsen, das Vorhandensein einer classischen Adenitis der Submaxillardrüsen, sowie das Auftreten frischer Syphiliden an den Hautdecken und Schleimhäuten lassen über die Diagnose der Rachenschanker keinen Zweifel bestehen.

Hinsichtlich des Verlaufes der primären Rachenpapeln liess sich nichts Besonderes wahrnehmen; entsprechend der Resorption der Papeln und der Verheilung der Geschwüre traten auch die subjectiven Empfindungen im Rachen zurück; die Asymmetrie begann sich auszugleichen, die Verhärtung nahm ab und nur die lang anhaltende Röthe der afficirten Theile, verbunden mit Schwellung der Schleimhaut liessen darauf schliessen, dass an dieser Stelle unlängst irgend ein Entzündungsprocess sich abgespielt hatte. Fiebererscheinungen kamen selten vor und waren sehr unbedeutend. Eine Anschwellung und Verhärtung der Submaxillar- und Cervicaldrüsen (am hinteren Rande des Musc. sternocleido-mastoid.) hielten noch längere Zeit an, und waren diese Drüsen, wie ich es in einigen Fällen zu beobachten Gelegenheit hatte, im Vergleich zu den Lymphdrüsen anderer Körperregionen

bedeutend vergrössert, sogar zu einer Zeit, wie zum Beispiel nach einem Jahre, wo im Rachen absolut keine Spuren einer Primäraffection mehr zu bemerken waren. In seltenen Fällen konnte man an den Tonsillen Usuren beobachten, die durch Zerfall der Sklerose und durch Schrumpfung der Drüsenreste entstanden waren. Es ist nun selbstverständlich, dass der der Aufnahme der Kranken ins Krankenhaus vorausgegangene Gebrauch scharfer Speisen und Spirituosen, derbe Kost, unpassende Behandlung, Hydrargyrose — Alles einen entsprechenden Einflüss auf den Verlauf und das Schwinden von primären Rachenpapeln, respective Geschwüren, ausüben musste.

Aetiologie. Die Erkrankung durch Zusammenwohnen und wiederum durch Essen und Trinken aus gemeinschaftlichen Geschirren bildet auch bei den Rachenaffectionen den hervorragenden Ansteckungsmodus, und ganz besonders unter den Frauen.

Von 32 Frauen gehörten 22, also zwei Drittel, wiederum unseren Dienstboten an, die sich bei ihren Wirthen inficirt hatten, und offenbar die Umgebung durch Verbreitung dieser Seuche gefährdeten. Von den 22 inficirten weiblichen Dienstboten fällt ein überwiegender Theil auf Stubenmädchen im Alter von 15 (2), 18 (2), 21, 23, 28, 30, 40 bis 43 Jahren; sie hatten sich, ähnlich wie bei der Mundlippenaffection, durch Essen und Wohnen mit syphiliskranken Individuen inficirt; so inficirte sich zum Beispiel die eine Kranke von einem anderen Stubenmädchen, welches Geschwüre an den Lippen besass und dennoch aus Unwissenheit noch lange im Dienste blieb. Ein anderes Stubenmädchen (achtzehnjährige virgo intacta) wurde von ihrer Mutter inficirt, welche mit ihr wohnte, und in unserem Krankenhause früher als sie wegen eines auch unschuldigerweise per os acquirirten harten Tonsillenschankers gelegen hatte. In einem dritten Falle hatte sich ein Stubenmädchen in der Familie ihrer syphiliskranken Wirthe inficirt; eine vierte, im Dorfe inficirt, kam nach Moskau u. s. w. Folgende Gruppe von per faucium Inficirten bilden: 5 Köchinnen, 3 Kinderwärterinnen und 2 Ammen. Was die im Dienste stehenden Köchinnen betrifft, so ist deren Erkrankung an Syphilis in zweifacher Hinsicht gefährlich, und zwar für die Wirthe, wie für die übrigen Dienstboten; indessen gibt es kaum eine Dienstboten haltende Familie, in der auch keine Köchin wäre,

und ist daher die Gesundheit der Köchinnen in Bezug auf Syphilis von grosser Wichtigkeit; eine mit Syphilis behaftete Köchin kann einerseits vermittelst der die Speisen kostenden Wirthin sämmtliche Familienmitglieder inficiren, andererseits aber auch die übrigen in derselben Familie befindlichen Dienstboten beim Essen aus gemeinschaftlichen Geschirren. Laut der Daten unseres Krankenhauses bilden syphilitische Köchinnen den bei Weitem grössten Theil der mit Syphilis behafteten Dienstboten.[1]) Sogar aus der eben angeführten geringen Anzahl von Rachenschankern, die die Krankenlisten unseres Krankenhauses aufweisen, bilden unter 10 weiblichen Dienstboten Köchinnen die Hälfte, dann folgen 3 Kinderwärterinnen, von denen eine 10 Jahre alt war! Dieses Mädchen war als Wärterin bei einem syphilitischen Kinde angestellt gewesen, hatte dasselbe zu füttern, und nahm dabei gewiss dessen Löffelchen öfters in den Mund, küsste es oft u. s. w. In einem anderen Falle hatte eine Kinderwärterin ein ganzes Jahr hindurch ein notorisch syphilitisches Kind gepflegt, und wurde erst nach Verlauf eines Jahres von demselben inficirt. Von den zwei Ammen wurde die eine durch einen im Geschäfte des Wirthes dienenden Factor angesteckt; die Familie und der Säugling, die ich zu untersuchen Gelegenheit hatte, erwiesen sich glücklicherweise und dank besonderem Zufalle als vollständig gesund. Die Amme hatte sich evident durch Zusammenessen mit den übrigen Dienstboten inficirt, und konnte selbstverständlich ihrerseits den Säugling inficiren. Der andere Fall betraf eine Amme, die während 10 Monaten in einer Kaufmannsfamilie angestellt, ein rechtzeitig geborenes und ihrer Aussage nach ganz gesundes Kind gestillt hatte, und wahrscheinlich gleichfalls von den Dienstboten per faucium inficirt worden war.

Eine ansehnliche Gruppe von per fauces Inficirten bilden nächstdem Meisterinnen aus Nähgeschäften und kleinen Handwerkstätten der Stadt Moskau. Es waren deren 6; 4 darunter waren noch ganz unerwachsene kleine Mädchen von 14 (2) und 15 (2) Jahren, die übrigen 2 (20 und 37 Jahre alt) wurden

[1]) Cf. meinen Aufsatz: „Ueber die für Prostituirte, sowie überhaupt für Syphilitikerinnen nöthige Zahl von Krankenbetten in den Spitälern Moskaus. — Sitzungsberichte der Duma (Stadtrath) zu Moskau 1887.

von ihren mit Syphilis behafteten Gefährtinnen angesteckt, welche nach Angaben der Kranken bereits schon einige Mädchen inficirt hatten, trotzdem in der Anstalt weiter verweilten, und folglich auch die Uebrigen inficiren konnten. Eine Näherin, die ausserdem noch ein Kind, das syphilitisch war, zu warten hatte, wurde von letzterem inficirt.

Die Ansteckung der Näherinnen konnte auch zu Stande kommen durch Gebrauch von Nähutensilien, die zuvor, wie schon früher bei Besprechung der Lippenschanker erwähnt wurde, im Munde von Syphilitikerinnen verweilt hatten.

Die letzte Gruppe von Infection per faucium bilden der Häufigkeit nach Frauen, welche sich nur mit ihrer Hauswirthschaft beschäftigten. Es waren deren 3, welche alle in ihren Familien, und sozusagen am häuslichen Herde inficirt wurden.

Von 50 Fällen primärer Rachenpapeln (14 Männer und 36 Frauen) war 21 Mal die rechte Tonsille, 15 Mal die linke Sitz der Erkrankung, und 9 Mal waren beide Tonsillen afficirt; wobei bei Männern 8 Mal die linke Tonsille, 5 Mal die rechte betroffen war und 1 Mal das ulcerirte primäre Syphilom am Palatum molle über der Uvula sass. Bei Frauen war 16 Mal die rechte Tonsille, 6 Mal die linke (also rechts dreimal öfter als links), 9 Mal beide Tonsillen afficirt, und 1 Mal nahm das Ulcus durum den linken vorderen Gaumenbogen ein.

Was die Häufigkeit des Vorkommens der Syphilisinfection per faucium bei Männern anlangt, so kommt bei ihnen dieselbe laut Daten unseres Krankenhauses viel seltener als bei Frauen vor, obgleich die Zahl der Krankenplätze für männliche Syphilitiker (218) bedeutend grösser als die für weibliche (85[1]) ist. Primäre syphilitische Rachenpapeln kamen bei 14 Männern vor, von denen beinahe ein Drittel, und zwar 4, professionell, respective in Folge ihrer Beschäftigung inficirt wurden; es waren dies Tapezierer. Abgesehen von der Möglichkeit, sich beim abwechselnden Gebrauche hölzerner Löffel zu inficiren, liefen sie Gefahr, durch die zum Beschlagen von Möbeln, Gardinen u. s. w. verwendeten Zwicken, wie schon früher erwähnt wurde, inficirt zu werden.

---

[1]) Das ist die Zahl der Krankenbetten für Nichtprostituirte.

Es bietet jedoch ein hohes Interesse, zu wissen, wie denn eigentlich die Syphilisinfection des Rachens und namentlich der Tonsillen zu Stande kommt, da hier das syphilitische Contagium nicht fixirt werden kann, wie dies an den übrigen Körpertheilen der Fall ist. Der in der Syphilidologie schon längst festgestellte Satz, dass zur Aufnahme des syphilitischen Contagiums die Haut oder Schleimhaut ihrer Hornschicht beraubt sein muss, respective ein sogenanntes Foramen contagiosum Ricordi erforderlich ist, muss gewiss auch für die Rachenschleimhaut volle Giltigkeit haben. Prof. Lang (S. 76) nimmt an, dass die Resorption sogar dann stattfinden kann, wenn die Epidermisschicht, durch das Secret macerirt, sich blos verdünnt.

In den Fällen, wo bei den Kranken der Infection ein Rachenkatarrh vorausging, konnte eine Desquamatio des Tonsillenepithels, folglich ein Eindringen des syphilitischen Contagiums zugegeben werden. Diese, als conditio sine qua non einer Syphilisinfection, für das Zustandekommen von Hautschankern festgestellte Regel, erregt unwillkürliches Bedenken über die Möglichkeit einer Fixation des Contagiums an seiner Berührungsstelle namentlich im Rachen. Die experimentelle Syphilidologie hat gezeigt, dass wenn man das syphilitische Contagium (das Secret der Papeln, respective der harten Schanker) auf eine ihrer Hornschicht beraubte Hautstelle bringt und nach 3—5—10 Minuten dieselbe abwäscht, keine Infection erfolgt.

Prof. Tarnowsky[1]) hat die präservative Wirkung der Langlebert'schen Flüssigkeit unter Anderem auch in Bezug auf das Secret des harten Schankers und der breiten Condylome mit dem er gesunde Individuen impfte, untersucht, und fand, dass wenn der inficirende Stoff mit der ihrer Hornschicht beraubten Hautstelle 5—10 Minuten in Berührung verblieb und darauf die betreffende Stelle mit der Langlebert'schen Flüssigkeit eingerieben und mit Wasser abgespült wurde, keine Syphilisinfection erfolgte.

Sollte man dasselbe nicht auch für den Rachen gelten lassen, der möglicherweise durch einen inficirten Löffel beim Essen oder ein Gefäss beim Trinken dem Einflusse des Contagiums auch ausgesetzt wird, letzteres aber unabsichtlich bei folgenden Schling-

[1]) Lancereaux. Die Syphilislehre. — Russ. Uebers. unter Redaction von Prof. Tarnowsky 1877, S. 669.

und Trinkbewegungen von der Adhäsionsstelle abgewischt und folglich mechanisch entfernt wird?

Anderseits ist es in der Syphilidologie bekannt, dass wenn das syphilitische Contagium mit 500 Theilen Wasser verdünnt wird, die Impfung erfolglos bleibt. Es fragt sich nun, wie die Syphilisinfection der Tonsillen zu Stande kommen kann, wenn das Contagium durch aufgenommene Speisen und Getränke in bedeutend grösserer Flüssigkeitsmenge verdünnt und beim Schlucken mechanisch entfernt wird. Sehen wir vom Coïtus per os, der nur unter den Prostituirten in Moskau sich kaum zu verbreiten beginnt, ab, so müssen für das Zustandekommen der Ansteckung in unserem Arbeiterstande andere Momente herangezogen werden, wie Küsse, gemeinsames Arbeiten in Werkstätten, Zusammenwohnen unserer Dienst- und Arbeitsleute, namentlich aber das gemeinschaftliche Essen mit solchen, deren Gesundheit in Bezug auf Syphilis unbekannt bleibt.

Bedenkt man, dass die klimatischen Verhältnisse[1]) des medialen Landstriches Russlands einerseits, und das Rauchen, der Gebrauch von heissem Thee, von Schnaps u. s. w. anderseits bei unseren Arbeitsleuten Rachenkatarrhe hervorrufen und unterhalten können, so kann kein Zweifel darüber bestehen, dass der Rachenkatarrh (und die mit ihm verbundene Epitheldesquamation) eines der häufigsten zur Syphilisinfection per os disponirenden Momente bildet. Es unterliegt gewiss keinem Zweifel, dass nach Verletzung der Rachenschleimhaut, eine Aufnahme des syphilitischen Contagiums mit ihren Folgen stattfinden kann.

Untersucht man Kranke mit primären syphilitischen Rachengeschwüren, so fällt leicht das ausserordentlich seltene Vorkommen von Primäraffectionen an den Weichtheilen des Gaumendaches (Palatum, Uvula) und dem gegenüber die besonders häufige Affection der Tonsillen auf[2]), welche bei der In-

---

[1]) Berücksichtigt man die Eintrittszeit der Kranken ins Spital und berechnet man entsprechend dem Auftreten der Syphiliserscheinungen die Zeit der per faucium stattgefundenen Infection, so ergibt sich, dass die grösste Zahl derartiger Ansteckungsfälle auf die Herbst- und Wintermonate und namentlich October, November, December fällt.

[2]) In Uebereinstimmung mit den Beobachtungen anderer Autoren (cf. die Literatur).

fection per faucium eine hervorragende Rolle spielen. In der That kamen unter fünfzig Fällen von Rachenschankern nur zwei vor, wo die syphilitischen Schanker über der Uvula bei einem Manne (Nr. 1960) und am linken vorderen Gaumensegel bei einer Frau (Nr. 1974) ihren Sitz hatten; in sämmtlichen übrigen Fällen waren entweder die Tonsillen allein, oder aber, was häufiger der Fall war, gleichzeitig mit den übrigen Rachentheilen afficirt, wobei auf Grund der Consistenz der Sklerosen, des Stadiums ihres Zerfalles und der Verbreitung des Processes angenommen werden musste, dass die Sklerose, respective das Foramen contagiosum an den Tonsillen aufgetreten sei und dann erst der Process successive auf die Nachbartheile übergegriffen habe.

Die bei der Infection per faucium häufig vorkommende Affection der Tonsillen und dem gegenüber die sehr seltene Affection der übrigen Rachentheile erlauben uns folgende Voraussetzung auszusprechen: möglich dass das syphilitische Contagium hauptsächlich durch die Tonsillen eindringt, indem es beim Schlucken in deren Lacunen hineingepresst wird, dort stecken bleibt, ohne durch die folgenden Schluckbewegungen entfernt zu werden und bis zu einer gewissen Zeit latent bleibt, um alsdann beim Ausbruch einer lacunären Angina oder bei mechanischer Desquamation der Hornschicht der Tonsillenlacunen als Infectionsagens zu Tage zu treten.

Diese von uns angenommene und schon früher von Desnos[1]) ausgesprochene Hypothese lacunärer Infection kann, wie mir scheint, gerechtfertigt erscheinen nach Analogie des Eindringens des Contagiums des weichen Schankers beim Entstehen von sogenannten folliculären weichen Schankern.

Auf diese Weise kann, meiner Meinung nach, das Contagium im Rachen fixirt werden, trotz des Schluckmechanismus. Das relativ späte Auftreten von primären Papeln der Tonsillen und deren Sklerose, sogar zwei Monate und mehr, nachdem die betreffenden Kranken die Gesellschaft von Syphilitikern verlassen hatten und ausser dem Rachenschanker keine Syphiliden besassen, widerspricht keineswegs der angeführten Hypothese.

---

[1]) Dict. de Méd. et de Chirurg. prat. VII, pag. 149. M. Mackenzie pag. 112.

In zwei Fällen aus meiner Privatpraxis hatte ich Gelegenheit zu beobachten, dass die primären syphilitischen Erosionen bei deren Untersuchung den Eindruck machten, als ob sie in den Follikeln der Tonsillen ihren Ausgang genommen hätten, wobei bei einem zweiundzwanzigjährigen Commis je eine Erosion auf jeder Tonsille zu sehen war, bei einem anderen, fünfundzwanzigjährigen Lehrer, die Erosion an der Tonsille sass; bei beiden Kranken folgte darauf eine Submaxillaradenitis und eine allgemeine Syphilis, die über die Natur des Leidens, sowie die Eingangspforte des Contagiums keinen Zweifel bestehen liess.

Das Hineinpressen des syphilitischen Contagiums mit Speise und Speichel kommt wahrscheinlich beim zweiten Schluckacte zu Stande, wenn die hinteren Gaumenbögen sich einander nähern und der ganze Druck auf die Tonsillen ausgeübt wird.

Was die Behandlung der primären Rachengeschwüre, respective Papeln anlangt, so wurde hauptsächlich für die allgemeine Syphilisbehandlung Sorge getragen. Local wurde Jodglycerin, Argentum nitricum in Lösung, Chromsäure und andere Mittel angewendet.

(Schluss folgt.)

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

I.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Anatomie, Physiologie, path. Anatomie, allg. und exper. Pathologie und Therapie.

1. **Kunkel.** Ueber die Temperatur der menschlichen Haut. — Zeitschr. f. Biologie, Bd. 25, S. 55.
2. **Weyl.** Ueber Anthrarobin und Chrysarobin. — Pflüger's Arch., Bd. 43, S. 367.

Mittelst eigens construirten, in dem der Haut anliegenden Theile nur eine minimale Masse besitzenden und so der Haut nur wenig Wärme entziehenden Neusilber-Eisen-Thermoelements untersuchte Kunkel (1) die Temperatur der Haut am Gesunden unter verschiedenen äusseren Verhältnissen. Es zeigte sich, dass gleichzeitig an dem grössten Theile der bedeckten Körperoberfläche, über dem ganzen Rumpfe bis auf einzelne, durch die besonderen localen Verhältnisse bedingten Abweichungen (höhere Temperatur in der Schenkelbeuge wegen Bildung einer Hautfalte beim Sitzen und Verminderung der Wärmeabgabe, geringere am Gesäss wegen stärkerer Wärmeentziehung durch die angedrückten Kleider) ungefähr die gleiche Temperatur (34·2—34·6) besteht. Je reger der Stoffwechsel (event. durch Arbeit gesteigert) in den unter der Haut liegenden Organen, um so höher die Oberflächentemperatur. Ueber dicken Muskellagen ist sie etwas höher als über Sehnen und Knochen, über den centralen Theilen höher als über den peripheren. Von den unbedeckt getragenen Theilen ist das Gesicht unter den gewöhnlichen Bedingungen ebenso warm wie die bedeckte Haut, die Hände zeigen individuelle und von der Thätigkeit abhängige Schwankungen. Bei kalter Aussentemperatur sinkt die Temperatur der Haut, doch entfernt sich die der bedeckten auch unter sehr ungünstigen äusseren Bedingungen nur wenig von der normalen Grösse. Das Gefühl behaglicher Wärme besteht, wenn die Hauttemperatur zwischen 33·8 und 34·8° C. beträgt. Sinkt sie am Rumpf auf 32·5, den centralen Abschnitten der Extremitäten auf 31·5, so tritt Frösteln ein. Bei 34·8—35° C. im Gesicht ist ein unbequem heisses Gefühl vorhanden. Wegen eintretenden Schweisses wird eine Erhöhung über 35·6° C. nicht beobachtet. Falkenheim.

Weyl (2). Parallelversuche ergaben, dass Chrysarobin bei innerlicher Darreichung schon in kleinen Dosen (0·1 pr. Kg. Hund) giftig wirkt und Erbrechen, Diarrhöen und Albuminurie hervorruft, während Anthrarobin

auch in grossen Dosen bei cutaner, subcutaner (0·07 pr. Kg. Hund) und stomachaler (0·8 pr. Kg. Kaninchen, 0·29 pr. Kg. Hund) Application durchaus ungiftig ist. Bei der Einnahme von 0·26 und 0·75 Anthrarobin empfand Weyl bis auf ein schnell vorübergehendes Brennen im Schlunde keine Störungen. Das Anthrarobin wird im Harn zum grössten Theile unverändert, zum kleineren zu Alizarin oxydirt ausgeschieden. Ob Chrysarobin im Organismus in Chrysophansäure übergeführt und als solche ausgeschieden wird, vermochte Weyl nicht sicherzustellen. Falkenheim.

Bordoni-Uffreduzzi G. Cultur der Leprabacillen. Arch. ital. de biol. Turin 1887. — **Mc. Guire** J. C. Salicylsäure gegen Hautkrankheiten. Progress Louisville 1887. — **Knaggs** K. V. Neue Methode der localen Behandlung der Hautkrankheiten. Prov. Med. Journ. Leicester 1887. — **Morrow** P. A. Mechanische Behandlung der Hautkrankheiten. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. New York 1888. — **Rake** B. Leprabacillen. Tr. Path. Soc. London 1887. — **Reignier.** Einfluss des Nervensystems auf Hautaffectionen. Bullet. et mém. soc. de méd. prat. de Paris 1888. — **Sturgis** R. Lanolin und Borsäure in der Dermatotherapie der Kinder. Boston med. Journ. 1888.

Anomalien der Secretion und des Secretionsapparates.

Cutler C. W. Ueber Hyperidrosis. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. New York 1888. — **Raymond** G. Ephidrosis des Gesichtes. Arch. de Neurolog. Paris 1888.

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

(Infectiöse Entzündungsprocesse.)

1. **v. Genser** Th. Rötheln und Masern in unmittelbarer Aufeinanderfolge — Jahrb. f. Kinderheilk. XXVIII. Bd.
2. **Matiegka.** Combination von Typhus und Masern. — Prager med. Wochenschr. 1888, Nr. 36.
3. **Shadkiewitsch** W. L. Zur Therapie des Erysipels. — Medicinische Rundschau 1888. 12 (russisch).
4. **Strisower** M. Zur Therapie des Erysipels. — Ebenda. 1888. 9/10 (russisch).
5. **Woskresenskij** N. Zur Aetiologie, Verlauf und Therapie des Pendshehgeschwürs. — Russkaja medicina 1888. 15/18 (russisch).
6. **Gradenigo.** Lupus dell' orecchio medio ed interno. — Gazz. degli ospitali 1888, Nr. 66.
7. **Morel-Lavallée** A. Deux cas de tuberculose verruqueuse de le peau. Du traitement jodoformé appliqué par la méthode hypodermique à la scrofulo-tuberculose cutanée non ulcérative. — Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 1 und 2, 1888.

Zu der noch vielfach strittigen Frage von der Specifität der Rubeolen gegenüber den Morbillen, in welchen der grösste Theil der Kinderärzte eine zustimmende, viele Dermatologen jedoch eine ablehnende Haltung beobachten, bringt Genser (1) einen interessanten Beitrag durch die Mittheilung von drei in ein- und derselben Familie durch ihn beobachteten Krankheitsfällen, deren chronologische Reihe in folgendem Schema übersichtlich dargestellt wird: Erstes Kind, 1887. Rubeolen-Eruption 29. April 1887, Morbillen: 6 Mai 1887. Prodrom. 9. Mai Eruption. Zweites Kind: Rubeolen, Prodrom. 17. Mai. Eruption 18. Mai; Morbillen 20. und 21. Mai. Drittes Kind: Rubeolen 16. Mai, 17. Mai. Morbillen: 21. Mai,

22. Mai. Durch diesen nach Genser's Angabe bisher noch nicht beobachteten kurzen Intervall zwischen dem ersten, den Rubeolen entsprechenden und dem zweiten, den Masern angehörigen Exanthem und Symptomencomplex, wäre, nach dem Autor, die in ähnlichen Fällen von den Specifitäts-Gegnern zumeist beliebte Auffassung einer recidivirenden Masernerkrankung zweifellos widerlegt. Genser sucht selbstverständlich noch durch eine genaue Krankheitsgeschichte und eingehende literarische Belege seine angeführte Ansicht zu stützen, weshalb auf das Original noch besonders verwiesen werden soll. K.

Matiegka (2). Ein sechzehnjähriger Knabe wird am vierzehnten Krankheitstage des zweifellos sichergestellten Bauchtyphus von Masern befallen, obwohl er schon im fünften Lebensjahre diese Infectionskrankheit einmal durchmachte. Wichtig ist in diesem Falle die Differentialdiagnose gegen protrahirte Typhusroseola, Flecktyphus und gegen Arzneiexantheme. Horovitz.

Shadkiewitsch (3) wandte in fünf Fällen von Erysip. faciei Ichthyol (Ammon. sulfoichthyol., Axungi porci āā) äusserlich an und erzielte einen sehr befriedigenden Erfolg; er glaubt, dem Ichthyol eine abortive Wirkung an den Krankheitsprocess vindiciren zu können.

Strisower (4) hat in vielen Erysipelfällen sehr günstige Resultate von der subcutanen Anwendung folgender Mischung gesehen: Hydrarg. muriat. corros. gr. j, Acidi carbolici gr. X, Aquae dest. ℥ij. Das Mittel wurde in jeder Sitzung an mehreren Stellen zugleich hintereinander in die erkrankten Theile injicirt, und nachher dasselbe Mittel innerhalb einiger Minuten auch eingerieben. Szadek.

In einer umfangreichen Abhandlung berichtet Woskresenskij (5) über 34 Fälle von Pendshehgeschwür, die er innerhalb drei Monaten 1887 im Militärspital zu Merw (Transkaukasien) beobachtete. Aus der detaillirten Beschreibung des Verfassers entnehmen wir hier nur Folgendes: Die Incubationsperiode dauerte drei bis acht Tage, die häufigsten Complicationen sind: Secundäre Knoteneruption — in zwölf Fällen Lymphangoitis — in sechzehn Fällen; Lymphadenitis wurde nur zweimal beobachtet. Nachdem Woskresenskij in ausführlicher Weise die Symptomatologie und den Verlauf des Geschwürs behandelt, geht er zur Besprechung der Aetiologie des Processes über und glaubt, dass das Pendshehgeschwür als eine miasmatisch-infectiöse (?) allgemeine Krankheit anzusehen ist, und die Ansteckung nach ihm wahrscheinlich durch den Lungentractus vermittelt wird. Er hält diese Krankheit für ganz verschieden von anderen ähnlichen geschwürigen Hautleiden, die in tropischen Ländern sehr oft beobachtet sind. (Bouton, de Biskra, Sabek, Sart'sche, indische Geschwüre.) Die prophylaktische Behandlung: Auswanderung der Truppen, Austrocknung des Bodens, um die Möglichkeit der Fäulnissverhältnisse zu vermindern. In Bezug auf den entzündlichen Charakter der Initialperiode des Geschwürs, muss man von jeglichen energischen topischen Mitteln sich enthalten. Als bestes Mittel räth er — Ruhe und Reinlichkeit des Geschwürs, lauwarme Bäder und Application von Ung. zinci. Cauterisation des Geschwürs ist nur selten nützlich; in Ausnahmefällen wandte er Alkohollösung von Sublimat (1—2%) an. Szadek.

Bei einem vierzehnjährigen Burschen, welcher seit acht Jahren an Lupus der Gesichtshaut, der Mund- und Rachenhöhle und des Larynx gelitten hatte und welcher an Lungentuberculose starb, fand Gradenigo (6) bei der Obduction ein Uebergreifen der lupösen Erkrankung vom Pharynx durch die linke Tuba Eustachii auf die linke Mittelohrhöhle, welche voll-

ständig durch ein neoplastisches, aus Rundzellen bestehendes Gewebe ausgefüllt war. Von hier drang das Granulom einerseits bis zu den Zellen der Pars mastoidea, andererseits durch das runde Fenster in das Labyrinth; während der Initialtract der Scala tympani vollständig vom Granulationsgewebe ausgefüllt war, verhinderte die Lamina basilaris ossea und membranacea das Uebergreifen der Erkrankung auf die Scala vestibuli und das Vestibulum selbst. Gradenigo bemerkt zum Schluss, dass in diesem Falle die Diffusion der lupösen Neubildung vom Mittelohr auf das Labyrinth denselben Weg einschlug, welchen gemeinhin entzündliche Processe der Paukenhöhle zu nehmen pflegen. Dornig.

Morel-Lavallée (7). Verfasser zieht folgende Schlüsse: 1. Das in kleinen Dosen subcutan angewendete Jodoform ist bei gewissen Hauttuberculosen ein nützliches Medicament. Unter seinem Einflusse blasst das lupöse Gewebe ab und schrumpft, und die Tuberkel sinken ein: Diese Wirkung lässt sich namentlich während der ersten Tage der Behandlung beobachten. 2. Es scheint auf die Krankheit eher wie ein Specificum, als wie ein örtliches Antisepticum zu wirken. 3. Bisher hat es keine einzige, nicht einmal eine örtliche vollständige Heilung erzielt; aber wir verdanken ihm wesentliche Besserungen, wobei betont werden muss, dass noch bei keinem Kranken die Behandlung länger als zwei Monate fortgesetzt wurde; übrigens in empirischer Weise dosirt. Das Jodoform muss also, wenn schon nicht als ein Heilmittel, so doch als ein hervorragendes specifisches Tonicum für derartige Tuberculose betrachtet werden. Es ist ein treffliches Unterstützungsmittel für die chirurgische Behandlung. Bevor wir die Scarification eines Lupus beginnen, werden wir gerne, auf theoretischer Induction fussend, während einiger Zeit Jodoforminjectionen ausführen. Theils um den Kranken zu kräftigen („remonter“) theils um die Virulenz des Krankheitsherdes abzuschwächen und so die Gefahr einer Selbstimpfung zu vermindern. Wir handeln ähnlich wie bei einem Malariakranken, den man mit Chinin saturirt, ehe man an ihm einen chirurgischen Eingriff vornimmt. 4. Die Einspritzungen müssen nicht an der erkrankten Stelle gemacht werden, was ein grosser Vortheil ist, wenn man an die Vorliebe des Lupus für das Gesicht und die Unannehmlichkeit des Stiches gerade an dieser Stelle denkt. 5. Wahrscheinlich wird eine jede Substanz, welche von den Geweben gut vertragen wird, als Menstruum für das Jodoform dienen. Vaselines etc. eignen sich zu diesem Zwecke. Der Zusatz von Alkohol und besonders von Eucalyptol kann sich vom pharmaceutischen Gesichtspunkte als nützlich erweisen. 6. Die Dosis, bis zu welcher man gehen kann, ist erst festzustellen. Wir injicirten bisher Erwachsenen täglich 0·02, einem Kinde von vier Jahren zunächst jeden zweiten Tag und dann täglich 0·01. Vielleicht wird es zweckmässiger sein, grössere Dosen anzuwenden, und dann ist es möglich, dass die Resultate vollständigere werden. Bei den angegebenen Dosen merkten die Kranken nicht, dass sie Jod gebrauchten; sie empfanden weder den Geschmack, noch merkte man beim Anhauchen den leicht wahrnehmbaren Geruch des Eucalyptol. v. Zeissl.

Allen C. W. Lepra in den Vereinigten Staaten. M. S. Reporter Philadelphia 1888. — **Azevedo** de **Lima.** Augen-, Ohren- und Nasen-Affectionen durch Lepra. Coimbra med. 1888. — **Baron** B. J. Scharlach bei einer säugenden Mutter. Brit. Med. Journ. London 1888. — **Codina y Zapico** O. Lepra in der Provinz Alicante. Diario méd.-farm. Madrid 1887. — **Couper** D. Behandlung des Scharlachs. Glasgow Med. Journ. 1888. — **Downer** A. J. Ueber Scharlach. Maryland Med. Journ. 1887—88. — **Dun** J. H. Ueber Lepra. Northwest. Lancet. St. Paul 1888. — **Eve.** Experimentelles über Lupus. Lancet. London 1888. — **Filamoff** N. Scharlach-Diphtherie. Russkaja

Medicina. St. Petersburg 1887. — **Gaudelin** S. O. Lepra anaesth. et tuber. Protok. Zasaid. Kaukas. med. obth. Tiflis 1887—88. — **Hodges** W. D. Masernepidemie. Boston med. and surg. Journ. 1888. — **Hutchinson** J. Ueber Lupus. Brit. Med. Journ. 1888. — **Jackson** H. Fünfzig Fälle von Scharlach. Boston med. and surg. Journ. 1888. — **Jeffries** J. A. Zwei Anfälle von Masern in kurzen Intervallen. Ikist 1888. — **Kollock** C. W. Lepra der Augen. Med. News. Philadelphia 1888. — **Krobkin** M. Lupus Willani. Chir. Westn. St. Petersburg 1887. — **Martinez** E. Ein abnormer Fall von Scharlach. Giorn. internaz. d. sc. med. Napoli 1888. — **Powell** D. Fall von Lepra. Sacramento M. Times 1888. — **Schwimmer.** Lupus exulcerans. Pester med. chir. Presse 1888. — **Shattuck** S. G. Tuberculose der Haut. Tr. Path. Soc. London 1887. — **Shawd** J. C. Lepröse Veränderungen des Nervensystems. Brooklyn 1888. — Van der **Stock** J. A. Hemiplegie, Aphasie und Hemiopie nach Masern. Nederl. mil. geneesk. Arch. Utrecht 1887. — **Williamson.** Scarlatinöser Ausschlag. St. Louis Courier of Med. 1888. — **Wood** E. G. Drei Fälle von Scharlach. (?) Canada med. and surg. Journ. Montreal 1887—88.

Erythematöse, eczematöse, parenchymatöse Entzündungsprocesse.

1. **Preobrashenskij** S. Ein Fall von Naphtalinexanthema. — Medicinische Rundschau. 1888, Nr. 16 (russisch).
2. **Hallopeau** H. Sur une forme végétante et atrophique de pemphigus iodique. Ann. de Derm. et de Syph. 1885, Nr. 5.
3. **Levy** W. Zur Casuistik der Purpura haemorrhagica. — Wiener med. Wochenschr. 1888, Nr. 36 u. ff.
4. **Ellenbogen** W. Ein Fall von Diphtherie des Pharynx mit gleichzeitigen, symmetrisch ausgebreiteten Hämorrhagien der Haut und innerer Organe. — Wiener med. Blätter. 1888, Nr. 32.
5. **Gusiew.** Zur Casuistik von Peliosis rheumatica. — Russkaja Medicina 1888, Nr. 23 (russisch).
6. **Rentzkij.** Zur Aetiologie des Eczems. — Russkaja Medicina 1888, Nr. 19 (russisch).
7. **Koslow.** Ueber neuropathische Symptome in zwei Fällen von Psoriasis. Russkaja Medicina 1888, Nr. 15, 16, 17, 18 (russisch).
8. **Speranskij.** Ein Fall von seltener Localisation der Psoriasis. — Russkaja Medicina 1888, Nr. 18 (russisch).
9. **Herxheimer.** Zur Behandlung des Lichen ruber planus. — Berliner klin. Wochenschr. 1888, Nr. 37.
10. **Romano.** Sopra un caso di pustola maligna non trasmessa dalla madre al feto. — Il Morgagni 1888, Nr. 7.
11. **Loewenberg.** Ueber Natur und Behandlung des Furunkels, besonders im äusseren Ohre. — Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 28.

Preobrashenskij (1) verordnete einem sechzehnjährigen Typhuskranken, der sich schon im Reconvalescensstadium befand, innerhalb zweier Tage 5·0 Naphtalin, worauf sich plötzlich am ganzen Körper ein masernähnlicher papulöser Ausschlag entwickelte, der nach dem Aussetzen des Mittels in wenigen Tagen mit Desquamation schwand. Szadek.

Als Conclusionen seiner Arbeit stellt Hallopeau (2) folgende Sätze auf: 1. Die durch das Jod hervorgerufenen Eruptionen können bei dazu prädisponirten Individuen unvergängliche Narben hinterlassen. Diese Eruptionen können von einer Bindegewebs- und Epithelialwucherung begleitet sein, welche ihren Ausdruck in Vegetationen findet, welche gewöhnlich in

Kreisen angeordnet sind und mit venerischen Condylomen Aehnlichkeit haben. 2. Die Eruptionen können an der Bindehaut und Hornhaut auftreten und Blindheit herbeiführen. 3. Die consecutiven Narben sind gewöhnlich leicht deprimirt, blass und von runder oder polycyclischer Form. Sie können vorspringende Leisten bilden oder sich zusammenziehen und das Gesicht so entstellen, als wie wenn es von einem lange dauernden Lupus betroffen gewesen wäre. 4. Das Auftreten der Blasen wird von Fieber und Diarrhöe begleitet. 5. Die Idiosynkrasie gegen das Jod, welche diese Dermatonose hervorruft, kann auch entstehen, wenn ein Individuum schon lange Zeit und bislang ohne schweren Nachtheil Jodpräparate gebraucht hat. 5. Vielleicht wird diese Form des Jodausschlages durch eine bestehende Albuminurie begünstigt. 7. Entgegen dem gewöhnlichen Vorurtheil, soll man, wenn bei Syphilitischen, welche mit Jod behandelt wurden, ungewohnte Erscheinungen auftreten, viel mehr, als bei Mercurialisirten nachforschen, ob die Erscheinungen vom Medicamente oder von der Krankheit herrühren. 8. Die pathogenetische Wirkung des Jods äussert sich kurze Zeit nach dem Jodgebrauch. v. Zeissl.

Levy (3) bespricht einen interessanten Fall dieser Affection. Es handelte sich um ein acht Jahre altes, aus gesunder Familie stammendes Mädchen, das zunächst unter einem vom polyarticulären Gelenksrheumatismus analogen Bilde erkrankte. Am siebenten Krankheitstage kam es zu Purpura-Eruption. Während der zweiten Krankheitswoche blieben die Blutungen, denen nicht selten Oedeme vorangingen, auf die Haut beschränkt. In der dritten Woche aber kam es zunächst zu Blutungen an den Conjunctiven und der Mundschleimhaut. Diesen gesellten sich unter Kolik, Tenesmus, Erbrechen, auch intestinale Blutungen zu, die zu Bluterbrechen, blutigen Stuhlentleerungen führten. Verfasser bespricht nun die einschlägige Literatur, Schönlein's Peliosis rheumatica, die Fälle Henoch's und Scheby-Buch's und will, gleich Henoch, diese Fälle von der Purpura rheumatica getrennt wissen. Finger.

Ellenbogen (4). Während der fünftägigen Spitalsbehandlung kam es bei einer neunundfünfzig Jahre alten Wäscherin zu symmetrischen Blutaustritten auf der Streckseite der Vorderarme, der seitlichen Brustgegend, am Rücken und den beiden unteren Extremitäten. Die Blutungen confluirten und kam in deren Nähe Oedem und beginnende Gangrän hinzu. In den letzten zwei Tagen entwickelten sich noch Zungenblutungen, die mit starken Infiltrationen einhergingen. Der weiche Gaumen war geröthet und geschwellt. Die Section ergab nebst den erwähnten Blutungen noch Pharyngitis und Laryngitis. Er bringt diese Blutaustritte mit Diphtherie des Pharynx in Zusammenhang. Horovitz.

Gusiew (5) giebt eine ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Peliosis rheumatica bei einem sechsjährigen gesunden Mädchen aus wohlhabender Familie. Es entstanden plötzlich zahlreiche hämorrhagische Flecke und Petechien ohne Prodromalsymptome, um den Cubital- und Kniegelenken und verlief das Leiden als eine Reihe von exanthematischen und rheumatischen Paroxysmen. Verfasser kommt zu der Meinung, welche er freilich mit Reserve, nur als eine Hypothese hinstellt, dass Purpura rheumatica als eine Angioneurose der peripherischen Blutgefässe mit temporärer Undurchdringbarkeit für den Blutstrom anzusehen ist. Szadek.

Rentzkij (6) berichtet über eine kleine Epidemie vesiculösen Ausschlages des Gesichtes, der fünf Individuen einer Familie betraf. Die Hauterkrankung begann mit Fieber und verlief acut; die Verbreitung des Ausschlages auf andere Familienglieder erfolgte wahrscheinlich durch eine

Ansteckung. Die Krankheit kam innerhalb einer Woche unter Anwendung von Ung. Diachylon mit Sublimat und Acid. carbol. zur Heilung. Verfasser hält dieses Hautleiden für eine parasitäre Varietät von Eczem. (Impetigo contagiosa?) Szadek,

In sehr ausführlicher Weise berichtet Koslow (7) über zwei Psoriasisfälle, welche nach ihm einen neuen Beweis für die nervöse Natur dieses Leidens bringen sollen. Bei der Untersuchung beider Kranken fand er verschiedene Störungen des Nervensystems: ataktische Symptome, eine Veränderung der Sensibilität der durch die Psoriasis afficirten Hautstellen, Verminderung des Tast-, Druck- und Temperatursinnes, starke Steigerung der electrocutanen Sensibilität einzelner Hautregionen, geschwächte Kniereflexe, die Steigerung der Gefässreflexe der Haut, Urticaria factitia etc. (Nach der Meinung des Referenten ist die nervöse Natur der Psoriasis in den vom Verfasser beschriebenen Fällen nicht genügend begründet und zweifelhaft, wenn auch die beobachteten nervösen Erkrankungen, — welche in beiden Fällen unzweifelhaft von den vorausgehenden tiefen Affectionen des Centralnervensystems stammen — sich auch accidental mit Psoriasis compliciren können; erster Fall betraf einen Potator und Tabetiker, im zweiten Falle hatte der Kranke vor 23 Jahren einen apoplektischen Anfall.) Szadek.

Speranskij (8) sagt, bei der Durchsicbt der Literatur der Psoriasis kann man nur sehr seltene Fälle von Psoriasis herausfinden, in denen sich die Affection ausser ihren Prädilectionsstellen auf den Extremitäten auch auf Vola manus und Fusssohle verbreitete. (Die Fälle sind nicht so selten und werden eben deshalb nicht jeweilig publicirt. Red.) Auch er beobachtete und beschreibt ausführlich einen derartigen Fall, welcher einen dreiundvierzigjährigen gesunden und kräftigen Mann betraf, sonst aber ist dieser Fall von keinem besonderen Interesse. Obgleich Verfasser ein ätiologisches Verhältniss zwischen psychischen Momenten und Entstehen des Ausschlages bei dem Kranken zu finden glaubt, so wies eine sorgfältige Untersuchung des Kranken auf keine Störung des Nervensystems hin, und bei dem Kranken konnte man nur ausgebreiteten psoriatischen Ausschlag des Rumpfes, Kopfes und der Extremitäten finden. Szadek.

Herxheimer (9) hat in vier Fällen von Lichen ruber planus das Chrysarobin als Salbe oder in Traumaticin gelöst, angewendet und innerhalb drei bis vier Monaten Heilung eintreten sehen. In zwei Fällen wurde noch innerlich Arsen verabreicht. O. Rosenthal.

Romano (10) liefert einen Beitrag zu der bereits von anderen Beobachtern constatirten Thatsache, dass — wenigstens in einigen Fällen — das Anthraxvirus von der Mutter auf den Fötus nicht übertragen werde. Dornig.

Loewenberg (11) fasst seine, in verschiedenen Arbeiten niedergelegten Anschauungen über Natur und Behandlung des Furunkels in folgende Ausführungen zusammen: Der erste Furunkel entsteht durch Einwanderung pathogener Coccen von aussen her in die Haarbälge resp. die Ausführungsgänge der Talgdrüsen; in gleicher Weise bilden sich die folgenden durch Autoinfection, indem aus dem hervorquellenden Eiter die Coccen in die Nachbarfollikel einwandern, auf ferneren Stellen aber durch die Finger, Wäschestücke etc. übertragen werden. Ebenso besteht auch die Contagiosität auf andere Individuen. Nur in den schweren, mit Phlebitis und Septikämie verbundenen Formen findet sich eine Infection des Blutes durch die Coccen. — Die Behandlung besteht in einer Anwendung von gesättigter oder über-

sättigter Lösung von Borsäure in Alkohol, die auf die Extremitäten mittelst eines Reagensgläschens oft und lange applicirt wird. Auf andere Theile lässt Loewenberg die Borsäure aufstreuen, dann Watte auftragen und letztere häufig mit Alkohol benetzen. Am Naseneingange wird die Lösung eingepinselt. Bei Furunkeln im Ohr, bei denen Loewenberg eine Incision nur dann befürwortet, wenn Eiter vorhanden ist und das Centrum des Follikels erreicht werden kann, empfiehlt er dieselbe Behandlung in Form von Ohrbädern. Bei allgemeiner Furunculose sind Borsäurewaschungen, respective -Bäder anzuwenden. Durch diese Methode soll sowohl die Abortivbehandlung erreicht, als auch die Recidivirung verhindert werden.

O. Rosenthal.

Baumel L. Eczema unpetig. des Gesichtes und der Kopfhaut der Kinder. Montpel. méd. 1888. — **Beatty** W. Fall von Pityriasis rubr. Fr. Acad. M. Ireland, Dubl. 1887. — **Benedetti** G. E. Ueber Pellagra. Osservatore Torino 1887. — **Bitot** père. Anwendung kleiner hydrostratischer Säckchen gegen hartnäckige Eczeme. Journ. de Méd. de Bordeaux 1887—1888. — **Brooke** H. G. Ueber Seborrhöe. Med. Chron. Manchester 1887—1888. — **Buela.** Erythema nodosum. Riv. venet. di sc. med. Venetia 1887. — **Brunon** R. Bemerkungen über die Behandlung des acuten Gesichtseczems. Normand. méd. Rouen 1888. — **Comby** G. Ueber Impetigolocalisation bei Kindern. France méd. Paris 1887. — **Debové.** Pathologie der Urticaria. Compt. rend. Paris 1887. — **Venanzio** F. Diffuses Pellagra-Erythem. Arch. ital. pelle mal. nerv. Milano 1888. — **Duhring** L. A. Diagnose der Dermat. herpetif. Am. J. M. Sc. Phil. 1888. — **Duckworth** D. Psoriasis mit Rheumatismus in Dermat. exfol. übergehend. Brit. med. Journ. 1887. — **Elsenberg** A. Eczema madidans. Gaz. lekarska Warszawa 1888. — **Fournier** A. Ueber Urticaria. Gaz. hebd. d. sc. méd. de Montpelier 1888. — **Fournier.** Ueber Acne, Gaz. des hôp. Paris 1887. — **Fox** T. C. Ueber eigenthümliche Comedonen bei Kindern. Lancet, London 1888. — **Fox** W. A. Unbehandelte Psoriasis mit Hornbildung auf den Hohlhänden einhergehend. Brit. med. Journ. London 1887. — **Gamberini** O. Ueber Lichen ruber und Eczem. Bull. d. sc. med. di Bologna 1887. — **Haushalter.** Ueber Erythema multif. Rev. méd. de l'est. Nancy 1888. — **Hoffmann** G. Ueber Erytheme. Prager med. Wochenschr. 1888. — **Hutchinson** J. H. Herpes Zoster des Armes und der Schulter; Phthise, hyster-Lähmung, Syphilis. Policlinic. Philadelphia 1887. — **Iljin** J. Behandlung der Psoriasis mit Bromarsen. Russk. Med. St. Petersburg 1888. — **Janossky** D. Dermatitis papill. Intern. klin. Rundschau. Wien 1888. — **Jarisch** A. Principien der topischen Eczembehandlung. Centralbl. f. d. ges. Therapie. Wien 1888. — **Klotz** H. G. Lupus erythemat. der Hand und des Fusses. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. New-York 1888. — **Kossak** L. S. Erythem. exsud. multif. Wiadom. lek. Lwow 1887. — **Lange.** Chinin gegen Herpes Zoster. Allg. med. Centr.-Ztg. Berlin 1888. — Di **Lorenzo** G. Ein Fall von universellem Eczem. Annal. clin. d'osp. Napoli 1887. — **Majkowsky** J. Urticaria pigment. Med. Warszawa 1888. — **Morris** M. Congenit. Pemphig. Brit. Med. Journ. London 1888. — **Muskett** E. B. Behandlung des Anthrax und des Carbunkels. Lancet, London 1888. — **Owen** E. Behandlung des Carbunkels durch Auskratzung. Brit. med. Journ. 1888. — **Page** H. W. Behandlung des Carbunkels durch Auskratzung. Brit. med. Journ. 1888. — **Petrini.** Hydroa bullosa. Heilung. Annal. de Dermat. et de Syph. Paris 1888. — **Pirker** R. Behandlung des Carbunkels durch Auskratzung. Brit. med. Journ. 1888. — **Seiler** C. Chronische Rhinitis und Acne des Gesichtes. Proc. Phil. Co. M. Soc. Philadelphia 1887. — **Travis** W. O. Herpes Zoster. Lancet, London 1888. — **Wigmore** S. H. Dermatitis vulg. bei einem neugeborenen Kinde, Lancet, London 1888.

Bildungsanomalien.

(Hypoplasien, Hyperplasien, Paraplasien der Epidermis und Cutis.)

1. **Polyák.** Ein Fall von Xanthoma multiplex. — Pester med. Wochenschr. 1888, Nr. 35.
2. **Melle.** I bacilli del rinoscleroma. — Resoconto della R. Accad. di medicina, Napoli, 1888.
3. **Kaltenbach.** Dehnungsstreifen in der Halshaut des Fötus. — Centralbl. f. Gynäkol. 1888, Nr. 31.
4. **Abramowitsch A.** Beitrag zur Lehre von Trichorrhexis nodosa. — Russkaja Medicina 1888. 29 (russisch).

Polyák (1). Die nachfolgende Hautveränderung war bei einem achtundzwanzigjährigen Bierbrauer, der wegen Appetitlosigkeit, Milztumor und Lebervergrösserung Spitalsaufnahme fand, zu constatiren: Kaffeebraune Verfärbung der Haut über dem Nasenrücken bis zu beiden Jochbogen, die von hier aus gegen die Ohren und die Lippen sich ausdehnte. Die Augenlider blieben frei. Am Nacken standen Gruppen von hirsekorn- bis linsengrossen weichen, glatten, orangegelben Knötchen. Aehnliche Gebilde auf dem Rücken und in der Lumbalgegend, die von hier aus sich symmetrisch bis in die Leistenfalte erstreckten. Einzelne Knötchen um den Nabel herum und auf der Innenseite der Oberschenkel. Auf der Vorderseite der Unterschenkel braunrothe atrophische Stellen (Narben). Icterus war nie vorhanden; die Harnuntersuchung ergab keine abnormen Bestandtheile. Ein excindirtes Hautstück ergab Pigmentanhäufung in den tiefsten Schichten der Epidermis und in den tuberösen Stellen eine Verdichtung des Bindegewebes im Corium. Längs der Blut- und Lymphbahnen Anhäufung von Rundzellen mit körnigem pigmentirten Inhalt, doch sind diese Zellen keinesfalls den Touton'schen Riesenzellen gleichzustellen. Horovitz.

Melle's (2) Färbungsmethode der Rhinosclerombacillen besteht in Folgendem: Die Präparate werden zuerst in eine Gentianaviolettlösung gelegt, kommen nach einer Immersion von zehn bis fünfzehn Minuten Dauer auf zwei bis drei Minuten in Lugol'sche Lösung und von dieser in absoluten Alkohol, in welchem sie sich vollständig entfärben oder höchstens eine blassviolette Färbung beibehalten. Letztere schwindet gänzlich, wenn man die Schnitte auf eine bis zwei Minuten in eine dreissig- bis vierzigprocentige wässerige Salpetersäurelösung legt und sie dann in absolutem Alkohol wäscht. Nun werden die Schnitte durch drei bis vier Minuten in einer wässerigen Safraninlösung gefärbt, neuerdings in absolutem Alkohol gewaschen und zuletzt in Nelkenöl aufgehellt. Die Rhinosclerombacillen erscheinen dann in den Präparaten lebhaft violett gefärbt und grell von dem durch die Safraninfärbung bedingten rothen Grund abstechend. — In der Resistenz der Rhinosclerombacillen gegen die Einwirkung von Mineralsäuren sieht Melle eine gewisse Analogie zwischen Rhinosclerom- und Tuberkelbacillen, ohne jedoch daraus den Schluss auf ihre Identität ziehen zu wollen. Im Uebrigen schliesst sich Melle der Ansicht jener Autoren an, welche im Rhinosclerombacillus den Krankheitserreger des Rhinoscleroms sehen. Dornig.

Kaltenbach (3) macht auf eigenthümliche rothe Streifen aufmerksam, die quer über die vordere oder hintere Fläche des Halses verlaufen, und die er in zwei Fällen gleich nach der Geburt hat auftreten gesehen. Die Entstehungsursache ist klar, da das erste Kind in Schädellage bei maximaler Beugung des Kopfes, das zweite Kind in Gesichtslage bei

maximaler Streckung desselben geboren wurde. Es handelt sich also in beiden Fällen um Continuitätstrennungen innerhalb der Cutis.

O. Rosenthal.

Abramowitsch (4) bringt einen neuen Fall von Trichorrhexis nodosa mit einigen Eigenthümlichkeiten: ein sechsundzwanzigjähriger gesunder, sehr gut genährter Brauer zeigte Psoriasis capillitii, Haarausfall am Kopfe, Schnurrbart und Bart. Die Veränderungen des Haarschaftes hat er schon zweieinhalb Jahre bemerkt: an den meisten Stellen des Bartes und Schnurrbartes aneinander gereihte kleine Fleckchen von weisslicher Farbe; die afficirten Haare brechen sehr leicht ab an den knotigen Stellen. Die Eigenthümlichkeit dieses Falles bestand in dem Fehlen der spindelförmigen Auftreibungen des Schaftes, in der cylindrischen Umgestaltung und schwarzen Färbung der Haarwurzel; ausserdem spalteten sich spindelförmig die peripherischen Haar-Enden. Verf. hält diese Krankheit für eine Nutritionsanomalie des Haarschaftes und verwirft die parasitäre Natur des Leidens.

Szadek.

Briggs W. Pseudoelephantiasis nach einem Hundebisse. Amputation. Heilung. St. Louis M. et S. Journ. 1888. — **Carver** E. Subcutane Knoten der Hand. Brit. med. Journ. 1888. — **Danderburg.** Behandlung der Hypertrichose durch Elektrolyse. Columb. Med. Journ. 1888. — **Descroizelles.** Ueber infantile Ichthyose. Rev. génér. de clin. et de thérap. Paris 1888. — **Edmundt** W. Hornpapillome der Hand. Tr. Path. Soc. London 1887. — **Gross.** Behandlung der Angiome junger Kinder. Rev. méd. de l'est. Nancy 1888. — **Jessett** A. Fall von Nävus. Brit. med. Journ. London 1887. — **Juhel-Rénoy** E. Épilation. Dict. encyc. d. sc. méd. Paris 1887. — **Lancial.** Epitheliom der Schweissdrüsen. Journ. d. sc. méd. de Lille 1888. — **Moncorvo.** Elephantias. arab. bei Kindern. Rev. mens. d. mal. de l'enf. Paris 1888. — **Neely** E. A. Keratosis follicul. und Tylosis der Fusssohlen und Handteller. Am. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. New-York 1888. — **Notta.** Behandlung der Cancroide durch Arsenik-Aetzung. Normand. méd. Rouen 1887. — **Ohmann-Dumesnil** A. H. Circumscripte Hypertrichose der Lendengegend. Journ. cut. and genit.-urin. dis. New-York 1888. — **Petroni** A. Hautcarcinome. Progresso med. Napoli 1888. — **Philipp** H. Sarcomat. Geschwülste der Haut. Mitth. aus der derm. Klinik d. Char.-Krankenh. 1887. — **Pullin** B. G. Interne Anwendung des Arseniks gegen Warzen. Bristol med. Chir. Journ. 1887. — **Robinson** W. Multiple Sarcome der Haut. Brit. med. Journ. 1888. — **Rohé** G. H. Studien über Hirsuties. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1888. — **Schattock** S. G. Neurofibrome und ihr Zusammenhang mit Mollusc. fibrosum. St. Thomas Hosp. Rep. 1887. — **Semeleder** F. Angeborene Kahlheit. Med. Record. 1888. — **Sibthorpe.** Angeborene Cysten der Talgdrüsen. Brit. med. Journ. London 1888. — **Taylor** R. W. Xeroderma pigment. und seine Beziehung zu bösartigen Neubildungen der Haut. Med. News Philadelphia 1888. — **Telpjaschin.** Polytrichia bei einem Weibe. Med. Obozr. Moskau 1888. — **Wood** F. C. Fall von Scleroderma. Lancet. London 1888.

Parasiten und parasitäre Affectionen.

Mibelli. Di alcuni casi di tigna favosa curati con l'oleato di rame senza depilazione. — Bollett. della Società dei cultori di sc. med. di Siena 1888, 6.

Unter zehn Fällen von Favus der behaarten Kopfhaut erzielte Mibelli sechsmal dauernde Heilung durch die Anwendung von Kupferoleat

ohne Epilation. Seine Methode besteht darin, dass nach Entfernung der Borken und Abrasiren der Haare eine zwanzigprocentige Kupferoleatsalbe (mit Lanolin) zweimal täglich eingerieben wird, worauf man den Kopf mit einem leichten Schutzverband bedeckt; jeden zweiten oder dritten Tag wird vor Einreibung der Salbe die Kopfhaut mit Seifengeist gewaschen. Der erste Effect der Friction besteht in einer Röthung des Haarbodens an jenen Stellen, welche Sitz der Erkrankung sind; unangenehme Nebenwirkungen werden durch die Application des Kupferoleats nie hervorgerufen, vielmehr beobachtet man häufig schon nach ein paar Tagen eine deutliche Besserung, welche sich klinisch durch verminderte Röthung der Haut, mikroskopisch durch spärlichere Befunde von mit Pilzen durchsetzten Haaren documentirt. Mibelli überzeugte sich durch seine Versuche, dass der Favus dann als geheilt betrachtet werden kann, wenn die Haut nach der Friction mit der Kupferoleatsalbe sich nicht mehr röthet. — (Dadurch, dass, wie der Autor selbst bemerkt, die Cur durch vorangegangene Epilation wesentlich unterstützt wird, wird der Werth von Mibelli's Behandlungsmethode sehr in Frage gestellt. Ref.) Dornig.

Fournier A. Erythrasma. Dict. encycl. d. sc. méd. Paris 1887. — **Goldenberg** H. Ueber Pediculosis. Berl. klin. Wochenschr. 1887.

II.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** in Breslau.)

Allgemeines.

1. **Bergh** R. Vestre hospital, 1887. Beretning om Kommunehospitalet, Fresundshospitalet, Bleydemshospitalet oy Vestre Hospital i Kjobenhavn for 1887. — 1888, pag. 192—230. (Separat pag. 39.)
2. **Haslund.** Kommunehospitalet. 4[de] Afdeling i 1887. Beretning om Kommunehospitalet, Fresundshospitalet, Bleydemshospitalet oy Vestre Hospital i Kjobenhavn for 1887. — 1888, pag. 65—82.
3. **Alexiejewsky** W. Ueber die Verbreitung der Syphilis in Esthland. — Russkaja Medicina 1888, 29, 30 (russisch).
4. **Leloir.** Beitrag zu den Gefahren der geheimen Prostitution. — Ann. de Derm. et de Syph. 1888, 7.
5. **Wagner** E. H. Beitrag zur Statistik der venerischen Krankheiten speciell des weichen Schankers. Mit besonderer Berücksichtigung Strassburgs. — Inauguraldissertation, Strassburg 1888.
6. **Pospelow** A. Ueber neue Regelungssysteme der Prostitution in Moskau. — Russkaja Medicina 1888, 33.
7. **Fiaux.** La police des moeurs en France et dans les principaux pays de l'Europe. — Paris, 1888. E. Dentu.
8. **Deloynes.** Sur un projet de réglementation de la prostitution. — Rev. sanitaire de Bordeaux, 1888, 107, pag. 73.

R. Bergh (1) gibt seinen zweiten Bericht vom Vestre Hospital in Kopenhagen, welches in 1886 für prostituirte Frauenzimmer errichtet wurde. Die sogenannte zweite Abtheilung des Spitals, welche die geheime Prostitution aufnimmt, war im Anfang die kleinere, übertrifft aber jetzt die sogenannte erste Abtheilung, welche für die öffentliche Prostitution bestimmt ist, weit an Grösse (132 Betten gehören zur II. Abtheilung, 80 zur I.). Im Laufe des Jahres 1887 ist in beiden Abtheilungen des Spitals eine strenge Sonderung der syphilitischen Patienten von den an anderen venerischen Krankheiten leidenden durchgeführt. Jede dieser beiden Kategorien hat jetzt nicht nur ihr eigenes instrumentales Armamentarium, sondern auch Utensilien von ganz verschiedener Form und Farbe (Löffel, Messer, Gabeln, Tassen, Gläser und Teller). Eine Sonderung dieser Art in einem solchen Specialhospitale sieht der Verfasser für ganz nothwendig an; sie soll jedoch bis jetzt in keinem Spital in Europa so streng durchgeführt

sein. Die Zahl der öffentlichen Frauenzimmer in Kopenhagen, die Ende 1886 nur 396 betrug, war Ende 1887 bis 449 herangewachsen. Im Jahre 1887 haben auch im Ganzen nur 549 Frauenzimmer als öffentliche Dirnen in Kopenhagen (mit 300.000 Einwohnern) prakticirt. Es hat sich wie in den vorherigen Jahren gezeigt, dass die öffentlichen Frauenzimmer durchschnittlich ihr Geschäft nicht viele Jahre treiben, sondern dass sie allmälig in die Bevölkerung zurückgehen. Doch haben 2 in mehr als 30 Jahren, 22 in mehr als 20 und 108 in mehr als 10 Jahren prakticirt. Wie gewöhnlich hat sich eine grosse Procentzahl der öffentlichen Dirnen immer im Spital befunden. Die kleine Zahl dieser Individuen hat nicht weniger als 1787 Einlagen (von 422 verschiedenen Individuen) abgegeben. Ein grosser Theil dieser Patienten litt aber wie gewöhnlich nur an unbedeutenden pseudovenerischen Krankheiten. Durchschnittlich hat die Behandlung in der I. Abtheilung circa 10·2 Tage für jeden Fall, ungefähr wie in den vorigen Jahren, gedauert. Es hat sich auch in diesem Jahre bestätigt, dass die privatwohnenden öffentlichen Frauenzimmer weniger oft als die bordellirten eingelegt werden. Die ersteren zeichnen sich durch ihre grössere Reinlichkeit aus, sie sind ausserdem weniger roh als die bordellirten und sind leichter im Stande, in die Bevölkerung zurückzugehen. Der Verfasser sieht in diesen Thatsachen eine Aufforderung dazu, das Bordelliren nicht mehr als streng nothwendig anzuwenden. In der II. Abtheilung für die geheime Prostitution wurden im Ganzen 991 Individuen behandelt. Ihre socialen Verhältnisse werden genau erörtert: 376 waren Näherinnen, 233 Dienstmädchen, 110 Fabriksarbeiterinnen u. s. w. Es wird hervorgehoben, dass die oftmals aufgestellte Behauptung, es seien gewöhnlich die Männer der höheren Classen die Verführer der Weiber der niederen, unwahr sei. Von 531 Patientinnen des Spitals haben 446 als ihre Verführer Männer ihrer eigenen Classe angegeben, und nur in 85 Fällen gehörten die Schuldigen zu den höheren Classen. Am wirksamsten waren die Metzger und Schmiede, während die Schuster und die Schneider in bescheidener Zahl vorkamen. Das Alter der Verführung wird für alle Fälle genau angegeben; am häufigsten war es das 17. Jahr. Die Behandlung hat in der II. Abtheilung durchschnittlich 31·24 Tage für jeden Fall, ungefähr dreimal so lange Zeit als in der I., gedauert. Die Verschiedenheiten in den Krankheitsverhältnissen der beiden Abtheilungen werden erörtert. In der II. Abtheilung sind pseudovenerische Leiden seltener als in der I.; Vulvitis dagegen ist häufiger (25 : 5), ebenso Vaginitis (24 : 0). Die spitzen Condylome sind in der II. Abtheilung weit häufiger (24·4% : 4%) und weit mehr entwickelt als in der I. — Syphilis findet sich ebenfalls weit häufiger in der II. Abtheilung (133 : 51), und zwar besonders der erste Ausbruch der Krankheit (76 : 12). Die gefährlichen breiten Condylome zeigen sich hier häufig und zum Theil colossal entwickelt. Es wird hervorgehoben, dass die geheime Prostitution hauptsächlich wegen der breiten Condylome weit gefährlicher sei als die öffentliche. Das Vorkommen der einzelnen Krankheiten in den beiden Abtheilungen wird genau detaillirt. Die pseudovenerischen Leiden sind mit der gewöhnlichen Häufigkeit bei den öffentlichen Frauenzimmern (I. Abtheilung) vorgekommen, weit seltener, wie oben gesagt, bei den zur geheimen Prostitution gehörenden Individuen (II. Abtheilung). Der Verfasser rechnet zu dieser Gruppe die genitalen Erytheme, Excoriationen, Rupturen, ferner die Analfissuren, die genitalen Herpes, welche in 81 Fällen vorkamen (51mal in der I. und 30mal in der II. Abtheilung), und die in 57 Fällen (30 + 27) mit dem Eintreten der Menstruation in Verbindung standen, die genitalen Folliculitiden und Furunkel, das Molluscum varioliforme, welches wie gewöhnlich bei den öffentlichen Frauenzimmern häufig in der Regio ano-genitalis beobachtet wurde, sowie die eigenthümlichen kleinen, flachen

Papeln, die so häufig bei den öffentlichen Frauenzimmern an den Genitalien vorkommen, am häufigsten bei solchen Individuen, die früher an Syphilis gelitten haben. Es werden die localen professionellen Beschädigungen erörtert, sowie einige Krankheiten, die nur in fernerer Verbindung mit der professionellen Lebensweise dieser Individuen standen (Scabies, Pediculosis, Alkoholismus, Metritis, Parametritis u. s. w.). Von den venerischen Krankheiten wurde Vulvitis wie gewöhnlich selten, nur bei 30 Individuen (5 in der I. und 25 in der II. Abtheilung) beobachtet, Vaginitis nur bei 24, die alle zur II. Abtheilung gehörten. Leiden des Ausführungsganges der vulvo-vaginalen Glandeln wurden wie gewöhnlich in beiden Abtheilungen häufig — in 96 Fällen (48 + 48) — beobachtet. Die Fälle werden detaillirt. 30mal (17 + 13) war Geschwulst des Gangés vorhanden, 51mal (21 + 30) war das Secret purulenter Natur, in 10 Fällen (4 + 6) trat Abscessbildung ein. Die Glandel war nur einmal geschwollen. In 18 Fällen wurde nach Gonococcen gesucht, und zwar in 14 Fällen solche gefunden. Urethritis war wie gewöhnlich die häufigste der venerischen Krankheiten. Sie kam im Ganzen in 1366 Fällen (653 + 713) vor. Das Secret war in 502 Fällen (185 + 317) purulenter Natur. Strangurie wurde nur in 203 Fällen (54 + 149), Tenesmi vesicales nur in 49 (6 + 43) angegeben. Die Reaction des Urethralsecretes wurde in 52 Fällen untersucht; sie zeigte sich 11mal sauer, 4mal schwach alkalisch, 35mal stark alkalisch und zweimal neutral. In Fällen mit purulentem Ausfluss war die Reaction gewöhnlich alkalisch (35), selten neutral (2); in Fällen mit sero-mucösem Ausfluss war sie gewöhnlich sauer (11), selten schwach alkalisch (2). In 36 Fällen wurde nach Gonococcen gesucht; dieselben fanden sich in 22 Fällen mit purulentem, alkalisch reagirendem Secrete, wurden dagegen vermisst in 12 Fällen mit sero-mucösem Secrete. Para-urethritis (s. Entzündung der Lacunen in der Umgebung des Orificium urethrae) kam bei 287 Individuen (159 + 128) vor, 186mal (76 + 110) in Verbindung mit Urethritis. Cervicalkatarrhe fanden sich bei 70 Individuen (20 + 50). In 13 Fällen wurde das Secret, welches im Cervicalcanale selbst genommen wurde, mikroskopischer Untersuchung unterworfen. In 9 Fällen mit farblosem Secrete fanden sich nur 1mal Gonococcen, und zwar bei einem Individuum mit purulentem, gonococcenhaltigem Urethralsecrete. In 4 Fällen mit purulentem Cervicalsecrete fanden sich 3mal Gonococcen; in diesen 3 Fällen war Excoriation am Collum uteri vorhanden; im vierten Fall, wo Gonococcen vermisst wurden, fand sich auch keine Excoriation am Collum. Condylome wurden bei 312 Individuen (70 + 242) beobachtet, in der I. Abtheilung bei 4 Procent der eingelegten, in der II. bei 24·4 Procent; ihr Verhalten wird detaillirt. Ulcus venereum kam bei 8 Individuen (3 + 5) vor, niemals mit Bubonen complicirt. Leistenbubonen fanden sich 15mal (4 + 11); die Ursachen werden angegeben. Der Ausgang war 6mal (1 + 5) Resolution, 9mal (3 + 6) Suppuration. Wegen Syphilis wurden im Ganzen 184 Individuen (51 + 133) behandelt. 88 (12 + 76) litten an dem ersten Ausbruch der Krankheit. Von den übrigen 96 hatten 59 das eilfte Recidiv, 13 das zweite u. s. w. Von den 12 öffentlichen Dirnen mit dem ersten Ausbruch hatten wie gewöhnlich mehrere (5) die Krankheit in dem ersten Jahre ihrer Praxis erworben. Der Verfasser hebt hervor, dass jede durch lange Zeit prakticirende öffentliche Dirne über kurz oder lang und der Regel nach binnen kurzer Zeit, Syphilis erwerbe. Das Initialsymptom war gewöhnlich (in 9 von den 12 Fällen) eine Induration in der Regio ano-genitalis. Das Verhalten der Indurationen wird genau erörtert. In der II. Abtheilung war unter 76 Fällen vom ersten Ausbruch 34mal eine Induration vorhanden; induratives Oedem kam 9mal vor, 3mal in Verbindung mit Induration, 6mal in Verbindung mit breiten Condy-

lomen. Von den 42 Individuen ohne Induration hatten 34 breite Condylome, welche nicht selten in ganz vernachlässigtem Zustande und deshalb colossal entwickelt waren. Anschwellung der Drüsen wurde nur 2mal in den 88 Fällen vom ersten Ausbruch vermisst, Prodrome fehlten in 27 Fällen. Temperatursteigerung fand sich in 13, Anschwellung der Milz in 2 Fällen. Syphilitische Hautaffectionen fehlten nur in 20 Fällen (3 + 17); sie traten bei 52 Individuen als Roseola auf, bei 23 als papulöse Syphiliden, bei 9 als lenticuläre Syphiliden bei 1 als furunculöse und bei 1 als psoriasiforme Syphiliden. Haarabfall fand sich 23mal (5 + 18), 12mal in Verbindung mit Roseola. Katarrhe, die vielleicht oftmals als mucöse Syphiliden anzusehen waren, fanden sich häufig: Röthe der Pharynxschleimhaut kam 63mal vor (11 + 52), 36mal in Verbindung mit Epithelialverdickungen der Schleimhaut; in 12 Fällen war auch Röthe der Schleimhaut des Aditus laryngis vorhanden. Die Schleimhaut der Genitalien war auch in einigen Fällen leidend. Die Behandlung dauerte durchschnittlich 51·3 Tage und war immer mercuriell; dreimal wurden Sublimatinjectionen angewendet, in den übrigen Fällen Inunction mit Unguentum hydrargyricum c. lanolino (Gramm 5—8—10 pro die). Mercurielle Mundleiden kamen 37mal vor, 9mal mercurielle Diarrhöe, die letztere 6mal in Verbindung mit Mundleiden. 1mal kam Urticaria vor, 1mal Eczem. Von den 88 Individuen mit dem ersten Ausbruch hatten 14 beim Eintritt ins Spital ein entschiedenes Leucoderma colli und mehrere unter ihnen meinten solches von Kindheit an gehabt zu haben; bei 30 zeigten sich entfärbte Flecke (Leucoderma) während der Behandlung und bei 42 waren solche noch nicht vorhanden kurz nach beendigter Behandlung. Eine Zunahme an Gewicht fand sich bei 44, eine Abnahme bei 38 und bei 6 hielt sich das Gewicht unverändert. Die 96 recidiven Fälle werden detaillirt dargestellt; alle waren früher mercuriell behandelt worden. 1mal kam eine periosteale Gummageschwulst vor, 1mal eine syphilomatöse Iritis. Alle Fälle des ersten Recidives traten früh auf, nur bei 1 Individuum entwickelte sich nach einem leichten Anfall vor 18 Jahren eine Tabes dorsalis. Bei einem Paar Individuen, die niemals Lues gehabt zu haben meinten, traten tertiäre Symptome auf. Von allen 184 luetischen Individuen haben 17 oder 9·2 Procent im prodromalen Stadium und im Stadium eruptionis Temperaturerhöhung gezeigt, doch nie über 39° C.; 13mal oder in ca. 15 Procent wurde solche in Verbindung mit dem ersten Ausbruch beobachtet. Nur in 20 Fällen (11%) war Röthe der Schleimhaut des Kehlkopfeinganges vorhanden, 17mal in Verbindung mit dem ersten Ausbruche. Im Ganzen sind 160 Fälle mercuriell behandelt worden, und zwar 151 mit Inunctionen, 8 mit Sublimatinjectionen, 1 mit Liquor Donnovani; oftmals wurde zugleich Jodkalium gebraucht. In 24 Fällen wurde nur Jodkalium gebraucht. Mercurielle Mundleiden kamen im Ganzen 54mal (29·3%) vor, mercurielle Diarrhöe 12mal (6·5%), Zunahme des Gewichts wurde 89mal (48·8%) gefunden, Abnahme 84mal (45·6%), unverändert war das Gewicht 11mal (5·9%). Das Verhalten der Menstruation wird erörtert. Dieselbe dauert gewöhnlich bei den öffentlichen Frauenzimmern ziemlich lange (6—8 Tage). Menstruationsanomalien kamen bei 87 (28 + 59) vor. Von den (422) öffentlichen Frauenzimmern haben 9 (2·1%) geboren; 7 von diesen waren luetisch, 3 (welche Lues gehabt hatten), bekamen ausgetragene und gesunde Kinder, 3 haben 6—8 Wochen zu früh geboren und 3 haben abortirt. In der II. Abtheilung waren 24 schwanger; in Beziehung auf die Geburten liegen aber nur für 13 (luetische) Individuen Erörterungen vor. 4 waren syphilitisch während der Conception, 6 wurden im Anfang der Schwangerschaft; 2 in der Mitte und 1 am Ende derselben inficirt. 7 gebaren ausgetragene Kinder, 5 haben 4—8 Wochen zu früh geboren, 1 abortirte. Von den 7 ausgetragenen Kindern bekam 1 bald Syphilis, 4 starben früh. Von den zu früh

geborenen bekamen 2 bald Syphilis, 1 starb gleich, 3 waren ganz unreife Früchte. Von allen 13 Kindern waren 3 todt geboren, 5 starben schnell, 3 bekamen bald Syphilis und starben, und nur 2 sind noch, beinahe 1 Jahr alt, am Leben; sie hatten aber auch in den ersten Monaten verdächtige Symptome gezeigt. Zuletzt gibt der Verfasser eine Darstellung der Krankheiten, wegen welcher die öffentlichen Frauenzimmer im Jahre 1887 in andere Spitäler eingelegt sind. Am häufigsten finden sich hier Krankheiten des Uterus und seiner Nachbarorgane. Lungenkrankheiten kommen selten vor; ebenfalls ist Hysterie selten. Sehr häufig sind die öffentlichen Dirnen dem Abusus spirituosorum ergeben und sollen dadurch weit mehr als durch sexuelle Extravaganzen und durch Syphilis gefährdet werden.

Elisabeth Hamburger.

Haslund (2) liefert seinen Jahresbericht von der vierten Abtheilung des Communalspitals in Kopenhagen. In dieser wurden im Jahre 1887 im Ganzen 2163 Patienten (1316 Männer, 558 Weiber und 289 Kinder) behandelt, von welchen 42 gestorben sind. Die Todesfälle werden detaillirt und die Sectionsresultate angegeben. 33 der gestorbenen waren Kinder, von denen 14 an Lues, und zwar 13 an congenitaler Lues erkrankt waren. Der Patientenbestand ist in diesem Jahre weniger zahlreich als im vorigen gewesen (in 1886 waren 2774 Patienten behandelt worden). In Beziehung auf den weiblichen Theil der Patienten ist dies leicht erklärlich, weil das im Jahre 1886 errichtete Vestre Hospital einen grossen Theil der weiblichen Patienten aufnimmt, die früher nach der IV. Abtheilung des Communalspitales hingewiesen wurden. Aber auch die Männer haben an Zahl abgenommen, vielleicht weil es in den letzten Jahren leichter geworden ist, poliklinische Behandlung zu erreichen. Während die Abtheilung in den früheren Jahren immer überfüllt und die hygienischen Verhältnisse in Folge dessen mangelhaft waren, sind dieselben im vergangenen Jahre ziemlich befriedigend gewesen. Von Hautkrankheiten sind 678 Fälle vorgekommen, darunter 4 Fälle von Pemphigus, 26 von Psoriasis, 1 von Lichen ruber, 2 von Pityriasis rubra, 1 von Elephantiasis genitalis, 1 von Sclerodermia, 13 von Lupus, 1 von Tinea favosa, 48 von Tinea trichophytina. Der Verfasser hebt hervor, dass die Tinea trichophytina in den beiden letzten Jahren (1886 und 1887) mit ganz ungewöhnlicher Häufigkeit in der Abtheilung vorgekommen sei. Wegen venerischer Krankheiten wurden 1371 Individuen eingelegt. Urethritis kam bei 558 Männern und bei 143 Weibern vor; von Complicationen werden angeführt bei den Männern 163 Fälle von Epididymitis, 27 von rheumatischen Leiden, 13 von acuter Prostatitis, 8 von Cystitis; bei den Weibern 43 Fälle von Cervicalkatarrh, 25 von Leiden der vulvovaginalen Glandel und ihrer Umgebung (5mal mit Abscessbildung), 32 Fälle von Vaginitis. Ulcus venereum wurde bei 101 Männern und 30 Weibern beobachtet; bei 28 Männern und bei 8 Weibern war das Ulcus mit suppurirenden Leistenbubonen complicirt. Condylome kamen bei 28 Männern und 71 Weibern vor. Wegen Syphilis wurden 364 Männer und 242 Weiber behandelt. Die Dauer der Behandlung war durchschnittlich für Männer 42 Tage, für Weiber 57 Tage. 182 Männer und 114 Weiber litten an dem ersten Ausbruch. Wegen pseudovenerischer Leiden wurden 35 Männer und 3 Weiber behandelt. Von den Kindern wurden 2 Mädchen wegen Urethritis, deren Entstehungsweise nicht eruirt werden konnte, behandelt. Condylome wurden bei einem Mädchen beobachtet. Vulvitis kam in 3 Fällen vor; dieselbe schien nicht durch Infection, sondern nur durch Mangel an Reinlichkeit verursacht zu sein. Wegen Syphilis wurden im Ganzen 40 Kinder eingelegt. 35 litten an congenitaler Lues und nur in 5 Fällen war die Krankheit durch Infection nach der Geburt entstanden. 1 Kind wurde wegen des ersten Recidives,

1 wegen des vierten Recidives eingelegt. Nur in Beziehung auf 13 der Fälle von congenitaler Lues liegen anamnestische Erörterungen vor. In 7 Fällen waren beide Eltern luetisch, in 5 war die Mutter luetisch, das Verhalten des Vaters unbekannt, und in 1 Fall litt der Vater an Lues, die Mutter dagegen zeigte keine Symptome der Krankheit und meinte, niemals an derselben gelitten zu haben. In 14 Fällen von Syphilis starben die Kinder, 13 waren an congenitaler Lues erkrankt gewesen. Die Poliklinik der Abtheilung ist von 719 Individuen besucht worden.

Elisabeth Hamburger.

Aus einer sorgfältigen und sehr interessanten statistischen Arbeit Alexiejewsky's (3) erwies sich die sehr geringe Verbreitung der Syphilis in Esthland. In den letzten fünf Jahren kann man dort eine Abnahme der syphilitischen Erkrankungen beobachten. Die Zahl der venerischen Kranken in dem Stadtspital schwankte in den Jahren 1881—1885 zwischen 13·3% (1881) und 9·1% (1884) — 12·1% (1885); im Militärspital — zwischen 6·49% (1881) und 4·6% (1885). Immerhin ist das Verhältniss der venerischen Erkrankungen zu der Gesammtkrankenzahl ein ganz auffallend günstiges: im Jahre 1885 betrug die Zahl der venerischen Kranken nur 1·9%!

Szadek.

Leloir (4) stellt sechs Fälle von syphilitischer Infection zusammen. Alle betrafen Männer, die in den letzten Tagen des Februar und Anfangs März 1886 den Coitus mit ein und demselben Mädchen, einem angeblichen Dienstmädchen, ausgeübt hatten, und von derselben mit syphilitischen Initialaffecten inficirt wurden. Zwei weitere Fälle von Infection von demselben Individuum in derselben Zeit wurden Leloir noch berichtet, ohne dass er die Patienten sah. Leloir weist mit Recht auf die colossale Verbreitung der Syphilis hin, die von einem einzigen solchen der Controle entzogenen Weibe ausgehen könne.

Finger.

Wagner (5). In der fleissigen, an statistischen Belegen reichen Arbeit kommt Verf. zu dem von Neisser, Finger, Lipp u. A. bestätigten Resultate, dass die Frequenz der weichen Schanker von Jahr zu Jahr geringer wird. Was im Speciellen Strassburg anbetrifft, so resumirt er die Ergebnisse seiner Untersuchungen folgendermassen: „Die venerischen Krankheiten in ihrer Gesammtheit haben im Verlaufe der letzten zehn Jahre in Strassburg einen ganz bedeutenden Rückgang erfahren. In erster Linie der weiche Schanker. Am constantesten hält sich die Blennorrhagie auf ihrer Höhe, doch ist auch bei ihr ein geringer Rückgang nicht zu verkennen. Zwischen beiden steht die Syphilis. Doch schliesst sich dieselbe in ihrem Verhalten mehr an den weichen Schanker an. Die Ursache jener Abnahme ist in erster Linie in einer rationellen Ueberwachung der Prostitution zu suchen. Eine der Arbeit beigegebene Curventafel veranschaulicht die gewonnenen Resultate in klarster Weise.

Ledermann.

Gonorrhöe und deren Complicationen.

9. **Conrad.** Ueber den Gonococcus Neisser und seine Beziehungen zur Gonorrhöe der Weiber. — Correspzbl. f. schweiz. Aerzte. Jahrgang XVII.

10. **Pouey** Henry. Recherches sur les microbes du pus blennorhagique. — Thèse de Paris 1888.

11. **Du Castel.** Du traitement de la blennorrhagie aiguë. — Gaz. des hôpit. 1888, Nr. 111.

12. **Schütze** Carl. Ueber einen neuen Spülkatheter für die Urethra. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 16.

13. **Oberländer.** Zur Pathologie und Therapie des chronischen Trippers. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 14.
14. **Thompson.** Cocaïn bei Gonorrhöe. — Lancet-Clinic. 3. December 1887.
15. **Love.** Peroxyde of hydrogen as a remedial agent. — Philadelphia Med. Times 15. März 1888.
16. **Weiss.** Chinin bei Gonorrhöe. — Journ. de méd. 13. October 1887.
17. **Palmer.** Retrojections in Gonorrhoea. Congress amer. Aerzte. — Med. Record, 22. Sept. 1888, Nr. 9, pag. 33.
18. **Letnik.** Zur Behandlung der Gonorrhöe mit Antrophoren. — Russkaja Medicina 1888, Nr. 35 (russisch).
19. **Photiades** Ph. Du traitement du rhumatisme blennorrhagique par l'électricité. — Gaz. hebd. 1888, Nr. 18.
20. **Lloyd.** Inflammation of the seminal-vesicles. Verhandl. der Brit. Med. Assoc. — Med. Record, 15. Sept. 1888, Nr. 932.
21. **Huguet.** Blennorhagische Entzündung accessorischer Cowperischer Drüsen. — Ann. de Derm. et de Syph. 1888, Nr. 6.
22. **Wagstaffe.** The Physics of the male Urethra. — Boston med. and surg. Journ. 1888, 13. Sept.
23. **Keyes.** The curability of urethral stricture by electricity; an investigation. Americ. Associat. of genito-urin. surgeons. — Boston med. and surg. Journ. 1888, 4. Oct.
24. **Wagstaffe** W. W. Sir Henry Thompson and Mr. Henry Fenwick on the use of the Endoscope with electric illumination of the bladder. — The London medical recorder. Nr. 160. Old series.
25. **Neumann.** Der Tripper beim Weibe. — Internat. klin. Rundschau 1888, Nr. 7 und 8. Ref. Centralbl. f. Gynäk. 1888, pag. 503.
26. **Ollivier.** Sur la contagiosité de la vulvo-vaginite des petites filles. — Académie de Médecine. 23. Oct. 1888. Semaine medicale 1888, pag. 43.
27. **Foveau** François. De la vaginite et de son traitement. — Thèse pour le doctorat 1888, Paris.
28. **Goodell** W. Oviducts and Ovaries diseased by gonorrhoeal Infection. — Obstetrical Society of Philadelphia. 8. Juny. The Journ. of the americ. med. associat., published weekly. 1888, 15. Sept.
29. **Clarke.** Vascular growths of female meatus urinar. — The med. Press. 5. October 1887.
30. **Champeil** Alexandre. Contribution à la étude des cystites tardives dans la blennorrhagie. — Thèse pour le doctorat en médecine. Paris 1888.
31. **Park.** Pyaemia as a direct sequel of gonorrhoea. — Congress amer. Aerzte. Med. Record 1888, 22. Sept., Nr. 933.
32. **Ultzmann.** Zur localen Behandlung der Blase. — Internat. klin. Rundschau 1887.
33. **Segond.** Des abscès urineux. — La France médic. 1887, Nr. 10.
34. **Bryson** und **Burnett.** Clinical observations on gonorrhoea. — Congress amerik. Aerzte. Medic. Record. 1888, 22. Sept., Nr. 933.
35. **Clark.** Catheter fever. — Verhandl. der Brit. Med. Assoc. Med. Record 1888, 15. Sept., Nr. 932.
36. **Sowers.** Urethritis, acute Cystitis, Obstruction of the Ureter, Hydronephrosis, Ulceration through the peritoneum, diaphragma, pleura and lung-tissue, and discharge of fluid through bronchi-recovery. — Medic. Record 1888, 15. Sept., Nr. 932.
37. **Le Grand** N. **Denslow.** Urethral irritation in the male as a source of disease. — The Med. Record, New-York, Vol. 34, Nr. 14.
38. **Gross.** The Connection between Masturbation and Stricture of the Urethra. — Medical News 1888, 29. Sept., Nr. 18.

39. **Janovsky** V. Ueber Kraurosis vulvae. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 19.
40. **Penkin.** Zur Therapie der Paraphimose — Medicinische Rundschau. 1888, 9 u. 10 (russisch).
40a. **Nivet.** Tripper — blennorhagische Conjunctivitis ohne directe Uebertragung — Periostitis und blennorrhagische Arthritis. — Ann. de Derm. et de Syph. 1887, Nr. 12.

Conrad (9) sucht zu entscheiden, welche Bedeutung dem Gonococcus für die Diagnose der Gonorrhöe des Weibes zukomme, und hat zu diesem Zwecke mit drei anderen Aerzten 60 klinische Fälle untersucht und lange Zeit beobachtet. Wirklich beweisende, charakteristische Häufchen des Gonococcus Neisser fanden sich in fünf frischen und zwei chronischen Fällen. Verf. zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse: 1. Der Gonococcus kann leichter beim Manne als beim Weibe nachgewiesen werden, zum Theile aus anatomischen Gründen, zum Theile deshalb, weil die Frauen erst spät ärztliche Hilfe aufsuchen, schon vorher behandelt sind etc. 2. In frischen Fällen von Gonorrhöe der weiblichen Genitalien findet man den Gonococcus Neisser fast stets; selten in chronischen. 3. Es ist die Möglichkeit vorhanden, dass acute wie chronische gonorrhoische Erkrankungen bei den Frauen bestehen, ohne dass man Gonococcen nachweisen könnte. Jedenfalls ist immer zur Sicherung der Diagnose nach denselben zu suchen, Findet man sie nicht, so müssen Aetiologie und klinische Beobachtung den Ausschlag geben. Verf. empfiehlt dann die übliche Therapie und sieht in der Prophylaxis das Wichtigste. Er verlangt strenge Beaufsichtigung der Prostitution; Verbot der Ehe, resp. des Coitus, so lange der Mann noch Spuren einer Gonorrhöe hat. Diese letzten Reste einer Erkrankung sollen energisch behandelt werden. Sternthal.

Pouey (10) berichtet in seiner Arbeit über Culturen und Impfungen mit blennorrhoischem Eiter. Culturen von acuter Blennorrhöe ergaben stets nur zwei Arten von Mikroorganismen, einen sehr kleinen Mikrococcus von 0·5 μ, der gewöhnlich zu Zweien angeordnet war, jedoch auch in Kettenform (bis 30 Glieder) in Tetraden- und Zooglöaform auftrat; die Coccen seigten oscillatorische Bewegung; als zweite Art ergaben sich mehr cubische Coccen, meistens zu Vieren liegend und mehr in Merismopedia- und Sarcinenform wachsend. Culturen von chronischer Blennorrhöe ergaben stets eine grosse Anzahl vollständig differenter Mikroorganismen, Pouey fand cubische Coccen, Bacterien, Bacillen, Hefezellen etc. Von sechs Impfungen, die Verf. auf die gesunde Harnröhrenschleimhaut mit Reinculturen aus acuter Blennorrhöe machte, gelang nur eine. Dieselbe fand mit einer Cultur der obenerwähnten kleinen Mikrococcenart auf eine angeblich normale Harnröhrenschleimhaut statt. Drei Tage später trat bei dem Individuum Brennen in der Umgebung der Fossa navicularis ein, am vierten Tage zeigten sich die ersten entzündlichen Erscheinungen, vom fünften Tage an bestand starker Ausfluss. Culturen von dem Eiter ergaben wieder Colonien des kleinen Mikrococcus, mikroskopische Bilder zeigten die Coccen theils freiliegend, theils im Protoplasma der Leukocyten und Epithelzellen. — Alle anderen Impfungen waren erfolglos. — Versuche in Betreff der Existenzbedingungen der Mikroorganismen der acuten Blennorrhöe ergaben folgendes Resultat: Die Culturen wurden zwei Tage lang einer Temperatur bis zu 5 Procent herab, andere einer Temperatur bis zu 44 Procent einige Stunden ausgesetzt. In beiden Fällen büssten die Mikroorganismen nichts von ihrer Virulenz ein. Dagegen genügte ein Zusatz einer Solutio Hydrarg. bichlor. corros 1 : 40.000, um die Entwickelung der Mikrococcen in Bouillon vollständig zu verhindern. Zusatz von Lösungen im Verhältniss von 1 : 100.000, 1 : 80.000, 1 : 50.000 hemmten

und verlangsamten entsprechend die Entwickelung der Coccen. — Weiterhin ergab es sich, dass in Culturen mit Sublimatzusatz nur die zweite Coccenform (in Sarcineart wachsende, cubische) gezüchtet werden konnte; die erste kleine Form konnte nie constatirt werden. — Wurde von diesen Culturen auf reine Bouillon weitergeimpft, so ergab erst wieder die zweite Reihe die kleine Coccenform, in der ersten waren nur die cubischen vorhanden; gleich als wenn die cubische Form einer durch den Sublimatzusatz abgeschwächten Form entspräche, einer Form, die in der ersten Culturreihe noch weiter besteht, um in der zweiten zu verschwinden. Ein Zusatz von „Essence d'Eucalyptus“ vermochte das Wachsthum der Mikroorganismen nicht zu verhindern. Galewsky.

Du Castel (11), ein Anhänger der antiseptischen Behandlungsmethode der Urethral-Blennorrhöe, hat eine grosse Anzahl von antiseptischen Lösungen zur Behandlung der Gonorrhöe angewendet und meint, dass die meisten derselben, besonders das so beliebte Sublimat, die Urethralschleimhaut in einem Zustande der Entzündung erhalten und wohl eine Besserung, aber keine definitive Heilung der Gonorrhöe erzielen. Als ein nicht reizendes und dabei genügend desinficirendes Mittel, habe er in den letzten drei Jahren das Resorcin erprobt. Er habe mit diesem Mittel allein eine Anzahl completer Heilungen erzielt, in anderen Fällen durch Anwendung von Balsamicis, nachdem durch den Resorcingebrauch der Ausfluss ein spärlicher, wässeriger geworden war, die besten Erfolge gesehen. Es fehlt in dem Aufsatze die Angabe, in welcher Concentration das Resorcin vom Verf. angewendet wurde. Stein.

Schütze (12) hat seinen Spülkatheter nach dem Princip des Fritsch-Bozeman'schen Uteruskatheters construirt. Derselbe ermöglicht angeblich, die ganze Urethra von hinten her intensiv abzuspülen, ohne dass Spülflüssigkeit in die Blase eindringen kann. Schütze empfiehlt den Apparat, dessen Construction im Originale nachgelesen werden muss, bei chronischer Gonorrhöe, Prostatitis, Urethritis.

Oberländer (13) gibt ein Autoreferat seiner in dieser Vierteljahresschrift (1887, Seite 477—539 und 638—675) erschienenen Abhandlung nebst einem Referate des dazu gehörigen pathologisch-anatomischen Anhanges vom Prof. Neelsen (Vierteljahresschrift 1887; pag. 837—850). Sternthal.

Love (15) empfiehlt die — gewöhnlich in den Apotheken käufliche — dreiprocentige Lösung von Wasserstoffsuperoxyd als ein vorzügliches Antisepticum zur Reinigung schmutziger Wundflächen, zum Gurgeln und Pinseln bei Diphtherie und speciell auch als Einspritzung bei Gonorrhöe und zur Behandlung von Schankern.

Weiss (16) empfiehlt möglichst heisse Injectionen von folgender Lösung: Rp. Chinin. sulf. 1·0, Glycerin. 25·0, Aq. destill. 25·0, dreimal täglich bis zum vollständigen Verschwinden des Ausflusses zu injiciren. Jadassohn.

Palmer (17) empfiehlt Irrigationen mit heissem Wasser, sowie Sublimat in Lösungen bis zu 0·1 : 1000. Leven.

Letnik (18) hat 110 Tripperkranke mit Resorcin-Antrophoren behandelt und da er sehr günstige Erfolge in mehreren Fällen der recenten Gonorrhöe erzielte, empfiehlt er dieselben namentlich im acuten Stadium der Gonorrhöe, als ein sehr brauchbares Mittel. In chronischen Fällen dagegen war ihre Wirkung keine prompte und befriedigende. Szadek.

Photiades (19) berichtet über einen Fall von Tripperrheumatismus; er behandelt die erkrankten Gelenke mittelst des faradischen Stromes. Bei

dieser Behandlungsweise, bei einer Sitzungsdauer von sechs Minuten (er verwandte grosse Elektroden: 100 □Ctm. für Hand und Knie, 20 □Ctm. für den Nacken, und liess ferner die Stromstärke allmälig ansteigen), erzielte er vortreffliche und sichere Erfolge. Die Hautsensibilität war stets vermindert, so dass selbst sehr starke Ströme gut vertragen wurden. Im Gegensatze zu dieser Behandlung ergab die mit starken, stabilen galvanischen Strömen keine guten Resultate. Galewsky.

Als die gewöhnliche Ursache der Entzündung der Samenblasen bezeichnet Lloyd (20) die Gonorrhöe. Die Entzündung macht sich zu Anfang bemerkbar durch Schmerzen bei der Defäcation und steten Urindrang. Objectiv lässt sich per rectum ein Tumor leicht nachweisen. Verf. empfiehlt bei der oft eintretenden Vereiterung Incision durch das Rectum. Leven.

Huguet (21). Bei einem Patienten mit acuter Urethritis entwickelten sich am Damm, vor dem Bulbus, also auch vor der Region der Cowper'schen Drüse, zwei acut entzündliche, spindelförmige Schwellungen, die Verf. als Entzündung von accessorischem, die Ausführungsgänge der Cowper'schen Drüsen einschliessenden Drüsengewebe ansieht, ohne auf die doch viel grössere Wahrscheinlichkeit einfacher Folliculitis, der in diesem Abschnitte der Urethra so reichlichen Follikel Rücksicht zu nehmen. Verlauf, Ausgang in Resolution und Therapie boten nichts Bemerkenswerthes. Finger.

Wagstaffe (22) berichtet über seine, in dem „London Medical Record" vom 20. Juli niedergelegten Beobachtungen über die männliche Harnröhre. Er behauptet, dass es unrichtig sei, einen gedrehten Harnstrahl für ein frühes Zeichen einer Strictur zu halten, da die normale Harnröhre in nicht wenigen Fällen einer von rechts nach links gewundenen Spirale gleicht und in Folge dessen der Harnstrahl gedreht erscheinen muss. Ledermann.

Keyes (23) berichtet über sechs Fälle von Urethralstrictur, welche er theils mit Unterstützung von Newman oder dessen Assistenten theils nach den Vorschriften Newman's behandelt hat; er konnte einen Erfolg dieser in letzter Zeit so viel besprochenen Therapie nicht constatiren. In der Discussion vertraten einige andere Autoren ebenfalls diesen skeptischen Standpunkt. Jadassohn.

Ollivier (26) erwähnt eine kleine, auf seiner Station beobachtete Endemie, die ihren Ausgang von zwei an Fluor leidenden, auf der Abtheilung behandelten kleinen Mädchen nahm. Es gelang bald, der Weiterverbreitung Einhalt zu thun, als die Wärterinnen angehalten wurden, sich jedesmal streng zu desinficiren, statt der Schwämme nur Watte zu benützen, die sofort vernichtet wurde, und als auch ähnliche Vorsichtsmassregeln in Bezug auf die Nachtgeschirre und Closets getroffen wurden. — Ollivier betont die Wichtigkeit solcher Massnahmen für Krippen, Waisenhäuser etc. Kohn.

Foveau (27) gibt in seiner Arbeit unter reichlichster Benützung der französischen gynäkologischen und dermatologischen Fachliteratur eine ausführliche Schilderung derjenigen Auffassung, welche die einzelnen Autoren seines Vaterlandes über die Vaginitis haben. Er unterscheidet der neueren Auffassung gemäss eine infectiöse oder besser gonorrhoische und eine nicht contagiöse Form der Erkrankung. Letzterer zählt er noch als besondere Form die Colpitis vetularum zu. Einen besonders eingehenden Abschnitt widmet er jenen Fällen von männlicher Urethritis, welche durch einen Coitus mit einer anscheinend gesunden Frau erworben wird. Indem er die Anschauung Noeggerath's von der Latenz der männlichen Gonorrhöe im

Wesentlichen anerkennt, glaubt er alle Fälle der erwähnten Urethritis dadurch erklären zu können, dass durch die sexuelle Erregung die in dem Urethralcanal schlummernden latenten Gonococcen zu neuem Leben erwachen. Während er für die infectiöse Vaginitis den Gonococcus Neisser verantwortlich macht, unterscheidet er bei der zweiten Form eine Vaginitis traumatica, hervorgerufen durch sexuelle Excesse, insbesondere Masturbation, durch Maschinennähen, Oxyuren etc., eine Schwangerschafts- und eine constitutionelle Vaginitis, letztere begünstigt durch Scrophulose, Eczem, Acne, Syphilis. Die Prognose hält er für zweifelhaft und in vielen Fällen geradezu für schlecht. Was die Behandlung anbetrifft, so gibt er der antiseptischen Therapie entschieden den Vorzug. Er unterscheidet zwischen der „Antisepsis passagère" und den „Agents d'antisepsie continue". Zu der ersteren zählt er die Injectionen mit antiseptischen Lösungen, unter denen er die Sol. Hydrargyr. bijodat. (1 : 4000·0) allen anderen vorzieht; zu den letzteren die Anwendung pulverisirter Substanzen, von Tampons und Suppositorien. Er empfiehlt als wirksamste Methode: des Morgens eine Injection mit der erwähnten Sol. Hydrargyr. bijod. mit nachfolgender Application von Jodoformglycerin; des Abends eine zweite Injection mit nachfolgender Einführung eines Jodoformsuppositoriums. Bei geschwächten Individuen empfiehlt Verf. eine gleichzeitige energische Allgemeinbehandlung in der bekannten Weise.

W. Goodell (28) demonstrirt die Tuben und Eierstöcke einer Frau, welche kurz nach der Hochzeit gonorrhoisch inficirt, unter heftigen nervösen Erscheinungen an einer bei Lebzeiten schon diagnosticirten Affection der Ovarien und Tuben erkrankt war. Die anatomische Untersuchung ergab interstitielle Entzündung und cystische Degeneration der Ovarien, cystische Degeneration der Fimbrien und feste Adhäsionen am Ligament. latum. (Beigel, Wiener med. Wochenschr. 1878, Nr. 7 und 8 und de Sinéty, Arch. de physiolog. 1878, Nr. 1) beschreiben gleichfalls cystische Degeneration und interstitielle Entzündung der Eierstöcke als Substrat chronischer Oophoritis, für welche die Gonorrhöe ein hervorragendes ätiologisches Moment bildet. (Bemerkung des Ref.) Ledermann.

Clarke (29) bespricht die gefässreichen Geschwülstchen am Eingang der weiblichen Urethra, welche Gosselin „Polypes vasculaires du méat urinaire" genannt hat und über deren Aetiologie eine Einigung noch nicht erzielt ist; während die Einen dieselben durch Stauung in Folge des vom Uterus ausgeübten Druckes entstehen lassen, erklärte sie Hicks (sonderbarerweise!) für hypertrophirte Pacinische Körperchen, Erichsen hielt sie für Producte der Gonorrhöe. Diese Geschwülstchen traten meist im höheren Alter bei verheirateten Frauen in der Fossa navicularis oder etwas mehr nach hinten auf, einzeln oder zu mehreren, meist gestielt, senfsamen- bis kirschengross; sie sind sehr empfindlich und bluten sehr leicht. Sie können reflectorisch Krämpfe, ja sogar geistige Störungen hervorrufen. Neben ihnen finden sich oft Degenerations- und atrophische Vorgänge in der Mucosa der Urethra und der kleinen Labien. Der anatomische Befund soll nach Gosselin in erweiterten Capillarschlingen mit verdünnter Schleimhaut und sehr verdünnter Epithellage bestehen. Therapeutisch empfiehlt Clarke Abschneidung, Excision und Cauterisation, Carbolätzung etc. etc. Jadassohn.

Champeil (30) sucht in seiner Arbeit den Nachweis zu führen, dass für eine grosse Zahl der in späterem Alter auftretenden Blasenentzündungen ein in der Jugend acquirirter Tripper das ätiologische Moment abgibt. Er macht sich die Beweisführung insofern sehr leicht, als er, nach Ausschluss der gewöhnlichsten Gelegenheitsursachen für Cystitis, einfach

schliesst, die Blasenentzündung müsse, wenn der Betreffende einmal früher an einem Tripper gelitten hat — mögen auch seitdem zwanzig, dreissig oder vierzig Jahre verflossen sein — die Folge desselben sein. Ganz besonders sind nach Verfassers Ansicht diejenigen Individuen zu den Spätcystiden disponirt, welche zur Zeit ihrer gonorrhoischen Erkrankung an Orchitiden, Prostatitiden und Blasensymptomen gelitten und die, welche lange Zeit Tripperfäden im Urin gehabt haben. Aber auch wenn der Tripper schon seit dreissig, vierzig Jahren geheilt schien und keinerlei Lebenszeichen von sich gab, vindicirt ihm Verfasser die Fähigkeit, eine Blasenentzündung hervorrufen zu können. Klinisch sollen derartige Spätcystitiden dadurch charakterisirt sein, dass sie besonders den Blasenhals befallen und keine Tendenz zur Spontanheilung zeigen. Die Beweisführung, dass derartige Blasenentzündungen wirklich mit der früheren Gonorrhöe zusammenhängen, ist nirgends als stichhältig und gelungen anzusehen. Ledermann.

Park (31) berichtet über einen Fall, bei welchem im Anschluss an Gonorrhöe in rascher Folge Entzündung beider Kniegelenke, typhöser Allgemeinzustand und Exitus letalis eintraten. Die Section ergab eine Vereiterung beider Kniegelenke, sowie der linken Articulatio sterno-clavicularis; Gonococcen waren in dem puriformen Secret nicht nachweisbar.

Bryson und Burnett (34) kommen, gestützt auf ein Material von 1394 Fällen, zu der Ansicht, dass: 1. die Abortivbehandlung nutzlos, 2. eine Behandlung in der ersten Zeit überhaupt nicht berechtigt sei, dass 3. die chronische Gonorrhöe meist durch zu frühzeitige locale Behandlung verursacht werde und endlich 4. überhaupt die örtliche Therapie nur bei dem chronisch gewordenen Tripper am Platze sei. Die pathogene Bedeutung des Neisser'schen Gonococcus wird von den Autoren bestätigt.

Clark (35) spricht im Anschluss an eine Krankengeschichte über die Ursache des Urethralfiebers und schliesst sich der Reflextheorie an, ohne irgend ein neues Moment ausser der anfechtbaren Verwerthung seines Krankenberichtes vorzubringen.

Sowers (36) theilt in extenso die Geschichte eines Patienten mit, bei welchem die im Titel genannten Erscheinungen sich im Anschlusse an eine von Kindheit an bestehende, mit kolikartigen Schmerzen verbundene Dysurie ausbildeten. Die Heilung erfolgte durch wiederholte Punctionen des Sackes und Aspiration der in demselben befindlichen Flüssigkeit. Als causales Moment für den ganzen Symptomencomplex glaubt Verfasser eine congenitale Verengerung des Ureters der betreffenden Seite ansehen zu müssen, und zwar wegen der häufigen Schmerzanfälle, welchen der Kranke von Jugend auf ausgesetzt war; die Attaquen wurden nach seiner Ansicht durch den vollständigen Verschluss des Ureters bedingt, welcher im Gefolge der Einwirkung gewöhnlicher Erkältungen auf die der stricturirten Stelle benachbarte Schleimhaut zu Stande kam. Leven.

Den Reflexneurosen, welche von Leiden der männlichen Urethra, vornehmlich von Stricturen, ausgelöst werden, ist bisher Seitens der Aerzte zu wenig Beachtung geschenkt worden. Le Grand N. Denslow (37) berichtet über eine Reihe von Störungen, die fast sämmtlich im Gefolge von Verengerung des Meatus urethrae auftraten, und die in ihrer Schwere oft in gar keinem Verhältniss zu dem geringen localen Grundleiden standen. Die einfache Therapie — Incision und Erweiterung des zu engen Meatus — beseitigte in jedem Falle die secundären Leiden in kürzester Frist, obwohl sie oft jahrelang bestanden. Der Autor sucht diese Reflexneurosen in sechs Classen unterzubringen, als: 1. Cerebrale Störungen, 2. spinale, 3. cerebro-

spinale, 4. sympathische, 5. Verdauungsstörungen, 6. Leiden der Geschlechts-Harnwerkzeuge. (Obwohl es sicher ist, dass in Folge von Erkrankungen der Genitalsphäre beim Manne ebenso wie bei der Frau eine Reihe nervöser Störungen eintreten können, so ist doch die Ausdehnung, welche Verfasser diesen zu geben beliebt, jedenfalls eine zu grosse; er möchte alle möglichen Affectionen, „through the urethra" behandeln, wie seinerzeit die verschiedensten „Reflexneurosen" durch Behandlung von Nasenerkrankungen angegriffen wurden. Wie damals manche Rhinologen, so hat auch Verfasser über das Ziel hinausgeschossen. Sternthal.

Gross (38) wiederholt die von ihm bereits früher in dem Medical and Surgical Reporter (5. Mai 1877) und in „The Diseases of the Male Sexual Organs" mitgetheilte Wahrnehmung, dass viele Fälle von Strictur der Urethra, besonders solche nahe dem Orificium etc., durch vorausgegangene Masturbation hervorgerufen seien. Er gibt dafür statistische Belege, wobei er natürlich Patienten, welche früher an Tripper oder einer anderen Sexualerkrankung gelitten haben, ausschliesst. Ledermann.

Janovsky (39) beschreibt sechs Fälle dieser eigenthümlichen Hautatrophie der weiblichen Geschlechtstheile, welche zuerst 1885 von Breisky geschildert wurde. Kleine Labien, Frenulum und Praeputium clitoridis und die Innenfläche der grossen Labien bis an die hintere Commissur, oft auch noch die angrenzende Darmhaut, sind befallen von einer atrophischen Schrumpfung der Haut. Dadurch entsteht bisweilen das Bild eines Defectes der kleinen Labien oder diese sind nur als leichte Wälle markirt. Dabei ist die Schleimhaut an den ergriffenen Stellen meist durch Epithelauflagerungen verdickt, wie milchig getrübt, so dass ein Bild resultirt, ähnlich der Leukoplakie der Mundschleimhaut. Die Aetiologie der bisher wenig bekannten Affection ist noch nicht aufgeklärt. Bemerkenswerth in dieser Hinsicht dürfte besonders der vierte von Janovsky beschriebene Fall sein, bei dem die kraurotischen Veränderungen sich an ein induratives Oedem der grossen Labien anschlossen. Praktisch wichtig ist das Leiden insofern, als durch die Schrumpfung eine Vestibularstenose erfolgt, die einer Geburt wesentliche Störungen bereiten kann. Die Therapie hat sich gegen diese Krankheit als ohnmächtig erwiesen. Sternthal.

Penkin (40) empfiehlt zur Beseitigung der Paraphimosis eine Umwickelung des Penis von der Spitze bis zur Hälfte des Gliedes mit einer Schnur; nachdem letztere nach Verlauf von zwei bis drei Minuten abgenommen, gelang die Reduction mit Leichtigkeit. Szadek.

Nivet (40a). Der siebenzehnjährige Metallgiesser C. acquirirte vierzehn Tage vor seinem Eintritt in die Abtheilung Fournier's einen Tripper, dem er wenig Berücksichtigung schenkte. Zu demselben gesellte sich zunächst am rechten, dann am linken Auge eine heftige, mit Oedem der Lider einhergehende Conjunctivitis, Schmerz in den Sprung- und Kniegelenken. Die Conjunctivitis wurde zur Zeit seines Spitalsaufenthaltes von heftiger Kerato-Iritis complicirt, die auch zunächst rechts, dann links auftrat. Die Schmerzen in den Gelenken bestanden ohne Schwellung fort, aber am Metatarsus der grossen Zehe rechts und an der linken Clavicula entwickelten sich acute, von gerötheter Haut gedeckte Periostitiden. Topische Behandlung brachte Heilung. Finger.

Syphilis. Allgemeiner Theil.

41. **Fülles.** Mikroorganismen bei Syphilis. — Inaug.-Dissertation. Bonn 1887.

42. **Mossé.** Ist die Syphilis ausschliesslich eine Erkrankung des Menschengeschlechtes? — Gaz. méd. de Montpellier, 1887, 45.
43. **Combemale** et **Fédon.** Traumatisme réveillant une syphilis ignorée. — Union méd. 1887, Nr. 158.
44. **Morel-Lavallée** M. A. Des formes graves de la Syphilis. Comment et pourquoi la syphilis peut être grave? — Pronostic de la syphilis.
45. **Mannino.** Scrofola o sifilide. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1888, Nr. 3.
46. **Verneuil.** Die tertiäre Syphilis der Kinder und Adolescenten. — Union méd. 1888.
47. **Morel-Lavallée.** Syphilitische Ammen und Säuglinge. — L'Union méd. 1887/82. Ref. Deutsche med. Zeitung 1888, Nr. 38.
48. **Verneuil.** De quelques causes de la gravité de la Syphilis. Hybrid. syph. — Union méd. 1887, Nr. 156 und 160.
49. **Lesin.** Erfolgreiche Impfung eines Pferdes mit Syphilis. — Wratsch 1888, 15, pag. 281.
50. **Pescione.** Trombosi marastica (phlegmasia alba dolens) per cachessia sifilitica. — Bollet. delle cliniche. 1888, Nr. 5.
51. **Hjellmann** J. Två Fall af Syphilis maligna. — Finska läkaressalskapet Handlingar 1888, September, pag. 557—564.

Fülles (41) leitet seine Abhandlung mit einem historischen Ueberblick der Anschauungen über die Entstehung der Syphilis ein: Von dem naiven Glauben der Alten führt er uns durch das Gewirr der mittelalterlichen Lehren zu dem Postulat eines specifischen Virus, welches mit der grossen Epidemie am Schlusse des fünfzehnten Jahrhunderts immer dringender wurde. Verf. schliesst in langer Reihe die mit der Auffindung des pathogenen Mikroorganismus sich beschäftigenden Untersuchungen an, indem er gewissermassen als Leitmotiv die Frage nach der specifischen Bedeutung des Lustgarten-Doutrelepont'schen Bacillus in den Vordergrund seiner Betrachtungen rückt. Gestützt auf die jüngste Arbeit Doutrelepont's über den vorliegenden Gegenstand (siehe diese Zeitschrift 1887, pag. 101) erklärt sich Fülles für die ätiologische Bedeutung dieser Bacillen, wenn er auch selbstverständlich einen praktischen Werth als Diagnosticum für sie nicht in Anspruch nimmt. Verf. hat selbst unter Doutrelepont's Controle etwa 50 Schnittpräparate, zum Theile mit Erfolg, untersucht. Beigefügt ist eine Tafel mit fünf Abbildungen Doutrelepont'scher Präparate. Leven.

Mossé (2) fügt zu den bereits bekannten noch eine Reihe negativer Impfungen der Syphilis auf Affen, bejaht damit die als Titel seiner Arbeit aufgestellte Frage. Finger.

Combemale et Fédon (43) schliessen aus der mitgetheilten Krankengeschichte, dass die Syphilis völlig unbemerkt sich etabliren kann, selbst bei Personen, die ihre gewöhnlichen Erscheinungsformen aus häufiger Anschauung kennen, dass ein Trauma im Stande ist, diese bisher latente Syphilis an den Tag zu bringen, in der Art, dass, wie in den bekannten Beobachtungen Verneuil's, die durch das Trauma gesetzte Läsion die Charaktere des syphilitischen Affectes annehmen.

Nachdem Morel-Lavallée (44) mit wenigen einleitenden Worten die Syphilis in ihren allgemeinen Erscheinungen besprochen und kurz die Erscheinungen der Secundär- und Tertiärperiode geschildert, wendet er sich sofort zu den schweren Formen der Syphilis. Er unterscheidet folgende: I. Formes graves de la période dite virulente. 1. Syphilis secondaire intense. Charakteristisch für dieselbe ist nach Morel-Lavallée

die diffuse Ausbreitung der einzelnen Eruptionsherde, die grosse Schnelligkeit, mit der die einzelnen Eruptionen einander folgen, so dass eine neue Eruption auftreten kann, noch ehe die vorhergehende verschwunden, ferner die Vermischung der verschiedenen Eruptionsformen. 2. Syphilis viscérale précoce. Hieher rechnet Verf. die Formen, in welchen nach gutartigen oder ganz unbedeutenden Hauterscheinungen schwere innere Erkrankungen, z. B. diffuse Myelitis etc. auftreten; immer gehören zu dieser Classe die Syphilis hereditaria (non tarda) und die im ersten Lebensjahre erworbene Syphilis. 3. Syphilis dénutritive. Typisch für diese Form sind der allgemeine Kräfteverfall, der enorme Gewichtsverlust und Anämie, oft bietet die Krankheit fast das Bild einer perniciösen Anämie. Derartige Kranke sind für Tuberculose sehr empfänglich. 4. Syphilis maligne précoce. Unter diese Classe gehören nach Morel-Lavallée diejenigen schweren Fälle, in welchen Secundär- und Tertiärerscheinungen gleichzeitig und mit grosser Heftigkeit auftreten, und bei welchen der allgemeine Kräfteverfall rapide zunimmt. Im Anschlusse hieran gibt der Verf. einen kurzen Ueberblick über die Statistik der Syphilis grave et intense: Von Syphilis grave intense bei 155 Männern 7, bei 112 Frauen 2; von Syphilis grave maligne bei 155 Männern 9, bei 112 Frauen 3. — II. Formes graves du Tertiarisme: 1. Syphilis tertiaire intense, continue. Schwere Form der Tertiärerscheinungen, ohne Rücksicht auf Gut- oder Bösartigkeit der Secundärerscheinungen. 2. Phagédénisme tertiaire. Eigentlich nur Abart der vorigen Form, sie zeigt die Neigung zu Hauterkrankungen theils ulcerogummöser, theils serpiginöser Natur. Ihr Lieblingssitz ist das Gesicht. 3. Cachexie tertiaire, auch als période quaternaire (Julien) bezeichnet, und im fünfzehnten und sechzehnten Jahrhundert mehr verbreitet. Sie ist charakterisirt durch Veränderungen des Blutes, durch amyloide und fettige Degeneration der inneren Organe; in klinischer Hinsicht zeigt sie die allen Kachexien gemeinsamen Erscheinungen. 4. Localisations graves du Tertiarisme. Die Localisirung der Tertiärerscheinungen kann abhängig sein von 1. vorher bestehenden loci minoris resistentiae, 2. von Insulten, denen die verschiedenen Organe ausgesetzt sind, daher Hepatitis syphil. bei Trinkern, Laryng. syphil. bei Sängern etc.; andererseits treten oft tertiäre Erkrankungen an Stellen auf, bei welchen eine derartige Erklärung unmöglich ist. Eine Verhütung der tertiären schweren Erkrankungsformen ist nach Morel-Lavallée möglich durch die zielbewusste, energische, von Anfang an geübte „méthode Fournier". Am Ende seiner Arbeit kommt Verf. nach kurzen statistischen Angaben (es ergaben sich unter den syphilitischen Erkrankungen der Secundärperiode 5 Procent, der Tertiärperiode 8·8 Procent als schwere) zu dem Schlusse, dass es unmöglich ist, die Entwickelung einer syphilitischen Erkrankung vorherzusagen. Galewsky.

Mannino (45) theilt die Krankengeschichten dreier von ihm beobachteter Fälle — in zweien davon handelte es sich um ulcerirende Gummen der Oberlippe, in einem um gummöse Rachengeschwüre — mit, welche sein Interesse hauptsächlich deshalb in Anspruch nahmen, weil dieselben ein dem vulgären Lupus täuschend ähnliches Bild boten und daher in differentialdiagnostischer Beziehung besondere Schwierigkeiten stellten, umsomehr als die Anamnese absolut keine Anhaltspunkte für Lues ergab. In solchen Fällen, in denen weder der makroskopische Befund, noch die histologische und bacteriologische Untersuchung, weder die Anamnese, noch die Entwickelung und der Verlauf der Affection brauchbare Kriterien zur Stellung einer präcisen Diagnose liefern, lasse sich letztere nur ex juvantibus stellen: das therapeutische Kriterium, welches uns eine energische Jod-Quecksilberbehandlung in zweifelhaften Fällen liefert, sei zwar nicht wissen-

schaftlich, doch komme ihm eine eminent praktische Bedeutung zu, so zwar dass das Ausserachtlassen desselben für den Arzt geradezu eine Schuld involvire. Dornig.

Verneuil (46) hebt hervor, dass tertiäre Syphilis bei Kindern und jugendlichen Individuen durchaus nicht immer hereditärer, sondern sehr häufig acquirirter Natur sei und die Diagnose oft nicht aus der Untersuchung der Patienten und ausschliesslich nur aus den anamnestischen Angaben zu stellen möglich sei. Verf. fügt hieran einen Fall einer rhachitischen, im Kindesalter syphilitischen Person an, also einen Fall, der gegen Parrot's Ansicht von der exclusiv syphilitischen Natur der Rhachitis spricht. Finger.

Pescione (50) beobachtete bei einer an syphilitischer Kachexie leidenden Frau spontane Venenthrombose an der rechten unteren Extremität. Durch die Autopsie wurde festgestellt, dass sich die Thrombose weder auf einen örtlichen phlebitischen Process, noch auf Compression eines Venenstammes durch einen Gummaknoten zurückführen liess, weshalb Pescione annimmt, dass sie lediglich eine Folge der syphilitischen Kachexie war. Dornig.

Hjellmann (51) beobachtete zwei Fälle von Syphilis maligna mit frühzeitigem Auftreten von Erythemata und Gummata cutanea. Die syphilitischen Ulcerationen und Knochenerkrankungen folgten in sehr rapider Weise, im ersten Falle innerhalb anderthalb, im zweiten innerhalb zweieinhalb Jahren. Die erste Kranke, ein vierundzwanzigjähriges Weib, war sonst gesund und gut genährt, der zweite Fall betraf aber einen siebenundzwanzigjährigen, scrophulösen und schwachen Arbeiter. Letzterer vertrug die Calomelinjectionen gut; doch musste man, um eine Heilung zu erzielen, lange Zeit Tonica geben. Szadek.

Haut, Schleimhaut, Knochen und Gelenke.

52. **Cheminade.** Indurirter Schanker, durch Rasiren erzeugt. — Ann. de Derm. et de Syph. 1888. 8—9.
53. **Dubrueil.** Syphilitischer Schanker des Augenlides. — Gaz. méd. de Montpellier. 1888. 9.
54. **Laurent.** Syphilitischer Schanker der Nasenwurzel. — Gaz. méd. de Paris 1887.
55. **Ohmann-Dumesnil** A. Ueber doppelte Primärsyphilide à distance. Beitrag zur Frage von der syphilitischen Autoinfection. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 18.
56. **Portalier.** Ein Fall tertiärer syphilitischer Ulceration der Vorhaut, die einen syphilitischen Schanker vortäuschte. — Ann. de Derm. et de Syph. 1888, 8—9.
57. **Trousseau.** Ueber Gummen der Lidbindehaut. — Ann. de Derm. et de Syph. 1888, 7.
58. **Bousquet.** Die tertiärsyphilitischen Ulcerationen des Penis. — Revue gén. de clinique et thérapeutique 1888.
59. **Rode** E. Syphilis der Portio vaginalis uteri. — Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1888, Nr. 5.
60. **Du Castel.** De l'angine syphylitique précoce. — Arch. de laryngol. I., Nr. 6.
61. **Grabower.** Ueber Kehlkopfsyphilis. — Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 38.

62. **Hobbs.** The surgery of gummatous growths of the nasal cavities. — Americ. Rhinogic. Associat. — New York med. Journ. 1888, 512, 22. Sept. 1888.
63. **Marano.** Un caso di sifilide della laringe. — Il Morgagni 1888, 7.
64. **Cheminade.** Ein Fall secundärsyphilitischer Arthritis. — Ann. de Derm. et de Syph. 1887, 10.
65. **Cheminade.** Beitrag zur Kenntniss der secundären syphilitischen Arthritis. — Ann. de Derm. et de Syph. 1888, 7.
66. **Jürgens.** Zwei Fälle von Syphilis der Wirbelsäule und der Rückenmarksäule. — Berlin. klin. Wochenschr. 1888, Nr. 22.
67. **Hutchinson** J. Syphilitic disease of knee-joint. — The British Medic. Journ. 1888, 20. Oct., Nr. 1451.
68. **Régis** E. Pseudoparalysies générales et syphilitiques. — Gaz. méd. de Paris 1888, Nr. 26.
69. **Monastirskji.** Moderne Anschauungen über Pathologie und Therapie der Gelenkleiden. — Petersburg 1887. Syph. Gelenkleiden (Ref. Centralbl. f. Chir. 1888, p. 582).
70. **Nessel.** Zwei Fälle von syphilitischen Erkrankungen des Unterkiefers. — Oesterr.-ungar. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde, IV. Jahrg. 1 Ref. Centralbl. f. Chir. 1888, 33.

Cheminade (52). Ein syphilitischer Schanker der linken Submaxillargegend durch Schnitt mit einem Rasirmesser entstanden, von Secundärerscheinungen gefolgt.

Dubrueil (53). Bietet ausser dem Sitz des Initialaffectes am äusseren Winkel des rechten Auges nichts Besonderes dar.

Laurent (54). Schanker der Nasenwurzel von typischen secundären Erscheinungen gefolgt, ohne weiteres Interesse. Finger.

Ohmann-Dumesnil (55) vertritt die bekannte Ansicht, dass Initialsklerosen, welche zwar an verschiedenen Stellen localisirt sind, z. B. am Präputium und Lippen, aber ungefähr gleichzeitig auftreten, in der Regel auf dieselbe Infection zurückzuführen sind und gibt eine Skizze zweier Fälle, welche diese Theorie unterstützen. Bei Erörterung dieser Frage bespricht er die Möglichkeit der Autoinfection bei frischer Syphilis, die er für unwahrscheinlich hält, da es experimentell noch nie sicher gelungen sei, bei schon bestehender Sklerose einen Impfschanker zu erzeugen. Das Misslingen dieser Experimente erklärt er damit, dass die Sklerose schon kein locales Leiden mehr darstelle, sondern der erste Ausdruck der Allgemeininfection sei. Daher wäre es auch bisher nicht gelungen, selbst bei möglichst frühzeitiger Excision einer unzweifelhaften Sklerose, die späteren Symptome der Syphilis zu unterdrücken. (Was letztere Behauptung angeht, so muss derselben doch entgegengesetzt werden, dass eine Anzahl von zuverlässigen Beobachtungen vorliegt, bei denen die Excision des Primäraffectes von bestem Erfolge war. Ausserdem möchte Referent berichtigend bemerken, dass der in der Arbeit citirte Fall von Krelling in der Poliklinik von E. Lesser (Leipzig) beobachtet und behandelt wurde.) Sternthal.

Portalier (56). Ein sechsundzwanzig Jahre alter Commis zeigte am Präputium eine oberflächliche, scharf umschriebene Erosion, mit scharfem Rande, speckigem Grunde, pergamentartiger Derbheit. Diese Erosion, die mit einem syphilitischen Initialaffect die grösste Aehnlichkeit hatte, entstand vor drei Wochen aus einem schmerzlosen, rothen Knötchen, durch Erosion der Oberfläche. Die Anamnese ergab, dass Patient

bereits vor fünf Jahren an constitutioneller Syphilis gelitten hatte. Dieser Umstand, rasche Heilung auf gemischte Behandlung, Fehlen der den Schanker begleitenden Drüsenschwellung, gestattete die vom Verfasser ausführlicher besprochene Diagnose tertiäre Syphilis zu stellen.

Trousseau (57). Auf Grund zweier eigener Beobachtungen, gibt Verfasser eine Beschreibung der Entwicklung und des Verlaufes dieser Affection. Der Beginn der Affection äussert sich entweder durch die fast reactionslose Entstehung kleiner, dem Chalazion vergleichbarer Körner, die rasch ulceriren, oder er ist ein sehr acuter. Am Lidrande beginnend kommt es zur Schwellung der Bindehaut, Oedem und livider Verfärbung der Haut der Lider, der Tarsus erscheint geschwollen, die präauricularen Drüsen vergrössert, Schmerz gering. In einigen Tagen verlieren sich die acuten Reactionserscheinungen, nur die Schwellung allein bleibt zurück. Dabei finden sich an der Lidbindehaut einige kleine, oder ein grösserer Knoten, der rasch erweicht, Geschwüre bildet, die rund oder rundlich, alle Charaktere gummöser Ulceration zeigt. Diese Geschwüre heilen bei frühzeitig eingeleiteter Therapie mit Hinterlassung flacher, den Lidschlag nicht beeinflussender Narben. Demzufolge ist in frühen Fällen die Prognose auch günstig. In den zwei Fällen des Verfassers entwickelte sich die Affection neun, respective zwölf Monate nach der Infection. Verfasser stellt nun die differentialdiagnostischen Merkmale zusammen, von denen wir nur hervorheben wollen, dass sich die Tarsitis durch ihren viel langsameren und reactionslosen Verlauf charakterisirt, der Schanker dagegen in der Einzahl vorkommt, am Marginalsaum entsteht, wenig entzündliche Reaction, dagegen bedeutende indolente Drüsenschwellung aufweist, deutliche Induration zeigt. Die tuberculösen Ulcerationen, in manchem ähnlich, sind viel kleiner, flacher, gleichmässiger.

Bousquet (58). Verfasser bespricht die verschiedenen Formen der gummösen, ulcerösen, vegetirenden tertiären Syphiliden des Penis und weist auf die Wichtigkeit ihrer Diagnose, Differentialdiagnose, besonders gegenüber malignen Neubildungen hin. Finger.

Rode (59) berichtet über drei Fälle von tertiärer Syphilis der Portio vaginalis uteri. Erster Patient, siebenundzwanzig Jahre alt, war vor acht bis neun Jahren inficirt worden und hatte einige Monate später etwas zu früh ein abgestorbenes Kind geboren. Zweite Patientin, eine vierzigjährige Witwe, war vor zwölf Jahren gegen Ende der ersten Schwangerschaft inficirt und hatte später nur Frühgeburten gehabt. Die dritte Patientin, eine neununddreissigjährige Frau, den ärmeren Classen angehörig, wollte allerdings nie syphilitisch gewesen sein. Aber nach drei ausgetragenen, noch lebenden Kindern, hatte sie fünf Aborte gehabt. — Als Localsymptome wurden in diesen Fällen observirt, erstens eine grosse, meistens concave, granulirte, leicht blutende Erosion um das Orificium herum und zweitens ein im Scheidengewölbe fühlbares, weit verbreitetes teigartiges Oedem, das in dem ersten Falle so bedeutend war, dass es einen Tumor vortäuschte. Die Patientinnen waren dabei elend und matt und von schlechter Gesichtsfarbe. Sämmtliche Fälle heilten verhältnissmässig schnell durch Jodkalium, innerlich genommen. Boeck.

Du Castel (60) spricht in der Société de chirurgie, in der Sitzung vom 8. Juni 1888, über eine Frühform von syphilitischer Angina, welche gewöhnlich zugleich mit der Roseola auftritt. Es zeigt sich dabei zuerst eine Hypertrophie der Schleimdrüsen und erhebliche Gefässfüllung am Gaumensegel. Das letztere bekommt ein feinkörniges Aussehen, jeder

Drüse entsprechen zwei oder drei Gefässschlingen. Später wird die Schleimhaut infiltrirt und stellenweise ödematös. Diese Veränderungen sind an sich in keiner Weise für Syphilis charakteristisch, sie werden es nur dadurch, dass zu ihrem Ablauf mehrere Tage erforderlich sind, während sonst die verschiedenen Stadien in sehr kurzer Zeit, oft schon in einigen Stunden, vorüber sind. Kaiser.

Grabower (61) fand unter 2000 Hals- und Nasenkranken zwölf mit Kehlkopfsyphilis, deren Krankengeschichten er mittheilt. Bemerkenswerth sind zunächst zwei Fälle von syphilitischem Kehlkopfkatarrh, welcher zwanzig, beziehungsweise zehn Jahre nach der Infection auftrat und nur, da keine anderweitigen Erscheinungen vorhanden waren, ex juvantibus diagnosticirt werden konnte. Des Weiteren führt Verfasser mehrere Fälle an, bei denen sich Condylome im Larynx fanden. Sie entstehen in einer frühen Periode der Krankheit, haben wenig Neigung zu exulceriren und verschwinden unter antisyphilitischer Behandlung schnell mit Zurücklassung einer glatten Schleimhautfläche. — Das syphilitische Geschwür des Larynx hat an sich wenig Charakteristisches, am meisten typisch ist für die tiefergehende Form die Vernarbung und das Weitergreifen in der Umgebung. In Fällen von ausgedehnten Ulcerationen können Verwachsungen im Rachen und Kehlkopf eintreten, welche gänzliche Formveränderungen dieser Organe herbeiführen. Einen sehr interessanten Fall dieser Art theilt Verfasser mit, bei dem sich eine Membran vom Zungengrunde zur hinteren und seitlichen Rachenwand ausspannte und nur in der Mitte eine kleine ovale Oeffnung von 3 Mm. Länge und 2 Mm. Breite blieb. Am gefährlichsten sind die syphilitischen Erkrankungen der Kehlkopfknorpel, weil dadurch die Weichtheile ihre Stützpunkte verlieren, wodurch die bedrohlichsten Zustände für die Respiration eintreten können, welche die Tracheotomie erfordern. Drei solcher Fälle werden mitgetheilt. Schliesslich bemerkt Verfasser noch, dass Lues und Phthisis im Larynx combinirt auftreten. Die Darreichung von Jodkalium, die Untersuchung auf Tuberkelbacillen geben in solchen Fällen die erwünschte Klarheit. Sternthal.

Hobbs (62) berichtet über einen Fall von angeblich gummatöser Stenose der Nase, die auf vierwöchentliche Behandlung mit Jodkali und Hg-Jodit sich nicht veränderte; er entfernte einen mit breitem Stiel auf dem hinteren Theil des Septums aufsitzenden Tumor, indem er zuerst den scharfen Löffel und nachher die galvanokaustische Schlinge anwendete. Nach sechs Monaten kein Recidiv; es war während dieser Zeit constant die antiluetische Behandlung fortgesetzt worden. Loewenhardt.

Marano (63) sah in einem Falle von Kehlkopfsyphilis — derselbe betraf ein dreiunddreissigjähriges Weib — Röthung, Schwellung und Infiltration der gesammten Larynxschleimhaut, ulceröse Zerstörung der Epiglottis und ausgebreitete Ulcerationen an der rechten Hälfte des Larynx, namentlich in der Gegend des Giessbeckenknorpels und des falschen Stimmbandes. Anknüpfend an diesen Befund bespricht Marano die Gefahren, die bei Kehlkopfsyphilis Seitens des so häufig auftretenden collateralen Oedems drohen und hebt weiters hervor, dass ausser der Schleimhaut, dem submucösen Gewebe und den Knorpeln auch die Kehlkopfmuskeln bei gummösen Processen des Larynx in Mitleidenschaft gezogen werden können; dies gelte namentlich von den M. crico-arytaenoidei postici. Die Folge davon könne Atrophie dieser Muskeln sein, welche durch Behinderung der Abduction der Stimmbänder zu hochgradiger Dyspnöe und selbst zum Erstickungstode führen könne. Durch Syphilis bedingte functionelle Störungen im Larynx können auch durch den Druck

geschwellter Lymphdrüsen auf die Nervi laryngei inferiores entstehen, ohne dass der Larynx selbst unmittelbar an der Erkrankung participire.

Dornig.

Cheminade (64). Fall von heftiger, sich Nachts steigender Arthralgien bei einer an nässenden Papeln leidenden Frau.

Auf Grund zweier neuer Beobachtungen stellt Cheminade (65) die Differenzen der einfachen und syphilitischen Arthritis auf, ohne wesentlich Neues zu bringen und hebt schliesslich die bekannten Formen syphilitischer Arthritis, die Arthralgie, Arthritis, Hydarthros hervor.

Finger.

Jürgens (66) demonstrirte im Verein für innere Medicin die Präparate zweier Rückenmarkssäulen, welche syphilitisch erkrankt waren. Meistens wird die Medulla spinalis nur nach primärer Erkrankung im Schädelraume, besonders der Hirnhäute, secundär ergriffen. Solitäre Erkrankungen des Rückenmarkes gehören zu den grossen Seltenheiten, eben so die syphilitische Caries der Wirbelsäule. Für letztere ist der eine demonstrirte Fall ein Beispiel. Die Frau, welcher das Präparat entstammt, war nach einer heftigen Handbewegung plötzlich umgefallen. Die Section ergab Spontanfractur des dritten Halswirbelkörpers, der von Caries sicca befallen war, wodurch die knöcherne Substanz völlig geschwunden war. Die durch die Fractur entstandene Dislocation bedingte Quetschung der Medulla und führte den Tod herbei. Von den übrigen Organen des Körpers fand sich nur in der Niere eine leichte Narbe und zwei frische Gummositäten, eine kirsch- die andere erbsengross, in der Leber. Der zweite Fall zeigte eine ausgedehnte Pachymeningitis und Arachnitis spinalis adhaesiva gummosa in der Region des Halsmarkes. Zahlreiche kleine Gummiknoten sind auf der Innenfläche der Dura spinalis und Aussenfläche der Arachnoidea anzutreffen. Theilweise war auch das Rückenmark selbst erkrankt. Die Wirbelkörper waren normal. Sternthal.

Hutchinson (67) berichtet über einen Patienten, welcher in Folge einer syphilitischen Rectalstrictur und einer chronischen Nephritis gestorben und mit einer eigenartigen, von Hutchinson für syphilitisch erklärten Erkrankung des Kniegelenkes behaftet war. Die Patella war verdickt und sass auf der Aussenfläche des Condylus extern. femoris auf; der Condylus intern. femoris war von Knorpel entblösst, und war durch feste fibröse Bandmassen mit dem Condylus int. tibiae verbunden; in der Mitte des Ligam. mucosum fand sich eine gummöse Masse. — Die Synovialmembran und die anderen Bänder waren gesund, die Erkrankung hatte wesentlich den gesammten Gelenkknorpel betroffen. Die sonst so häufigen periostalen Knoten oder periarticuläre Gummata fehlten. Die anderen Veränderungen boten nichts Besonderes dar. Jadassohn.

Régis (68) fand, dass in der Aetiologie der allgemeinen Paralyse die Syphilis eine wichtige Rolle spielt, es ergab sich ein Procentsatz von annähernd siebzig bis sechsundsiebzig; eine nervöse Prädisposition, die angeboren oder erworben sein könne, sei stets nöthig. Ferner erwies sich die symptomatologische oder anatomische Trennung der auf syphilitischer Basis entstandenen Paralyse von der allgemeinen als nicht durchführbar. Eine specifische Behandlung hat nach des Verfassers Ansicht nur dann Erfolge zu erwarten, wenn gröbere organische Läsionen nicht bestehen, Verfasser bezeichnet diese Fälle mit dem in Frankreich schon lange üblichen Namen als Pseudoparalysie générale spécifique. Zum Schlusse seiner Arbeit bespricht Régis die enorme Wichtigkeit einer ausreichenden Prophylaxe zur Verminderung der Syphilisinfection. Galewsky.

Viscerale Syphilis.

71. **Anderson.** Diagnosis and treatment of syphilitic disease of the nervous system. — Verhandl. der British Medic. Association. Med. Record Nr. 932, 15. September 1888.
72. **Clouston.** Mental relations of cerebral syphilis. — Verhandl. der British Medic. Association. Med. Record Nr. 932, 15. September 1888.
73. **Drummond.** Cerebral syphilis. — Verhandl. der British Medic. Association. Med. Record Nr. 932, 15. September 1888.
74. **Gray.** Syphilis of the nervous system and its treatment. — Medical News 1887, Juli 9. (C. f. klin. Medic.)
75. **Lendet.** Halbseitige Atrophie der Zunge auf syphilitischer Basis. — Annal. des mal. des oreilles et du larynx 1887.
76. **Naunyn.** Die Prognose der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. (Vortrag aus der XIII. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte zu Freiburg.) — Berliner klin. Wochenschr. 1888, Nr. 33.
77. **Tarirot.** Syphilis et Épilepsie. — Gaz. des hôpit. Nr. 110, 1888.
78. **Le Roy.** Cerebrale Erscheinungen acht Monate nach der Infection, linksseitige Hemiplegie, Tod. — Bullet. de la Soc. anatomique 1887.
79. **Warner.** Cerebral Syphilis. — Verhandl. der British Medic. Association. Brit. med. Journ. 1448, 29. September 1888.
80. **Bruschini.** Sifilide dei centri nervosi. — Rivista delle cliniche 1888, I.
81. **Andronico.** La sifilide nella produzione delle emorragie. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1888, Nr. 3.
82. **Mauriac.** Syphilis secondaire du foie. — Gaz. hebdomad. de Médecine et de Chirurgie 1888.
83. **Schroeder.** Icterus bei secundärer Syphilis. — Thèse de Paris 1887.
84. **Tommasoli.** Sulla sifilide dei reni. — Riv. clin. 1888, Puntata II.
85. **Albini.** Dacryoadenitis syphilitica. Bericht über d. ophthalm. Congress, Turin 1887. — Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde 1888, Nr. 10.
86. **Ostwalt** F. Ueber Chorio-Retinitis syphilitica und ihre Beziehungen zur Hirnarterienlues. — Berliner klin. Wochenschr. 1888, Nr. 45.
87. **Hirschberg** J. Ueber specifische Netzhautentzündung. — Berliner klin. Wochenschr. 1888, Nr. 46.
88. **Hosch.** Einseitige Accomodationsparese mit Mydriasis bei inveterirter Syphilis. — Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1888, Nr. 4.
89. **Stewart.** A singular affection. — Verhandl. der British Medic. Association. Med. Record 932, 15. September 1888.
90. **Sarda.** Zwei Fälle syphilitischer Oculomotoriusparalyse. — Montpellier médicale 1888.
91. **Turnbull.** Deafness, as the result of the poison of syphilis. — Philadelphia Med. Times Nr. 540, Sept. 1, 1888.

Anderson (71) macht einleitend auf die Häufigkeit der cerebralen Lues aufmerksam, und fordert die Untersuchung auf Syphilis für jede Gehirnaffection. Auch er bestätigt wieder die auffallende Thatsache, dass die überwiegende Mehrzahl der Erkrankten dem männlichen Geschlechte angehört. Als charakteristisch für die specifische Natur des Leidens hebt Verf. die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen hervor, so zwar, dass bei einem Individuum z. B. Diplopie, Epilepsie, Hemiplegie, nächtliche Neuralgien der Reihe nach auftreten.

Clouston (72) erwähnt zunächst ein zuweilen auftretendes acutes Delirium, welches der Secundärperiode angehören und in circa vierzehn Tagen den Exitus herbeiführen soll. Für die häufigste Form der Hirn-

syphilis hält Verf. die bei Endarteriitis vorkommende. In der Discussion empfiehlt Robertson die Percussion des Schädels zur Ermittlung der afficirten Partie auf's Dringlichste.

Drummond (73) bespricht die pathologische Anatomie im Anschluss an Sectionsbefunde, ohne Neues vorzubringen. Leven.

Nach Gray (74) tritt Syphilis des Nervensystems in folgenden neun verschiedenen Formen auf. 1. Allnächtlich wiederkehrende oder exacerbirende Kopfschmerzen. Häufig treten solche jedoch auch während des Tages auf, besonders oft an den Nachmittagen. Sie können deshalb und weil sie auf grosse Chinindosen weichen, leicht mit einer Malaria larvata verwechselt werden. Häufig ist der syphilitische Kopfschmerz von einer nicht im Verhältniss zur Heftigkeit des Schmerzes stehenden Schlaflosigkeit und Reizbarkeit begleitet. 2. Hemiplegie vor dem vierzigsten Jahre mit oder ohne vorhergehenden Kopfschmerz der angeführten Art. 3. Kephalalgie, die einer Hemiplegie vorhergeht und mit dem Eintritt der letzteren auf immer verschwindet. Gray hat diese Form, welche in der Literatur noch nicht erwähnt ist, in mehr als vierzig Fällen beobachtet. Der Hemiplegie der Nichtsyphilitischen gehen solche Kopfschmerzen nicht voraus. 4. Convulsionen bei Erwachsenen, die in der Kindheit niemals Convulsionen gehabt haben, bei Ausschluss von Trauma, Nephritis, Schwangerschaft und Migräne. 5. Erkrankung an der Basis cerebri. 6. Koma von tage- oder wochenlanger Dauer, wenn ein Trauma, ferner Meningitis, Diabetes, Nephritis und Typhus ausgeschlossen werden können. 7. Tabes dorsalis. 8. Allgemeine Paralyse. 9. Spinalerkrankungen nach intracranieller Syphilis. Therapeutisch wendet Gray ausschliesslich Jodkali an, und zwar sind nach seiner Erfahrung viel grössere Dosen erforderlich, als gewöhnlich verabreicht werden. Er steigt mit der Dosis bis zur Heilung oder zum Eintritt des Jodismus. Tritt Jodismus ein, so steigt er rasch mit der Dosis noch weiter, da er denselben bei grösseren Dosen häufig rasch verschwinden sah. In anderen Fällen ist es nöthig, längere Zeit hindurch geringere Dosen zu geben, als diejenige war, welche den Jodismus zur Folge hatte, dann kann man aber in der Regel rasch wieder ansteigen, ohne von Neuem Intoxicationserscheinungen herbeizuführen. Gray ging bis zur enormen Dosis von 48·0 in vierundzwanzig Stunden, und sah dabei Symptome schwinden, die geringeren Dosen nicht gewichen wären.

Während bei der Bulbärparalyse die Atrophie meist symmetrisch beide Zungenhälften ergreift, sind Hemiatrophien bei Syphilis und Tabes häufiger, meist auch von anderen bulbären Symptomen begleitet. Lendet (75) bringt nun zwei eigene Beobachtungen, in deren erster neben Hemiatrophie der Zunge rechts, auch rechtsseitige Stimmbandlähmung und syphilitische Geschwüre des Gaumens sich bei einer zweiunddreissig Jahre alten Frau einstellten, nachdem vier Jahre vorher Doppeltsehen, Cephalalgie vorausging, antisyphilitische Therapie Besserung brachte. Der zweite Fall, einen seit fünf Jahren syphilitischen Schauspieler betreffend, zeigte Stimmbandlähmung und Atrophie der linken Zungenhälfte, Verengerung der linken Pupille. Verf. bringt nun noch einen analogen, von Pel in Amsterdam beobachteten Fall und weist auf die Wichtigkeit der Syphilis als ätiologischen Momentes in diesen Fällen hin, insbesondere mit Rücksicht auf die in solchen Fällen meist supponirte Tabes. Finger.

Naunyn (76) gibt auf Grund eigener Fälle und solcher aus der Literatur eine Statistik über die Ausgänge der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Ganz unabhängig davon, ob Lues im Spiele ist oder nicht, scheint die Prognose der Tabes und Dementia paralytica. Quecksilbercuren

bei denselben sind gewöhnlich erfolglos. Bei den anderen, durch Lues herbeigeführten Affectionen ist die Prognose zwar nicht so schlecht, aber doch sehr ernst. Es gibt nur wenige Fälle wirklich dauernder Heilung durch antisyphilitische Curen. Verf. sah von 88 klinischen Fällen 24 geheilt, 49 gebessert, bei 10 Kranken fehlte jeder Erfolg und 5 starben in der Klinik. Aus der Literatur gewinnt man ein günstigeres Bild, nämlich von 325 Fällen, die Naunyn zusammenstellte, wurden 155 (48%) geheilt, 170 (52%) nicht geheilt. Dieses Ergebniss ist zu günstig. — Von grosser prognostischer Bedeutung ist die Form der Nervenerkrankung. Die beste Prognose gibt Epilepsie, dann folgen Fälle von Hirnreizung (Kopfschmerzen, Schwindel bis zu Syncopeanfällen, Erbrechen und Erregungszustände) und die neuritischen Affectionen (Neuralgien, Ophthalmologie, Lähmung der basalen Hirnnerven). Weniger günstige Heilerfolge zeigen Monoplegie, Hemiplegie, Paraplegie, schwere diffuse und gemischte Formen, letztere sogar sehr schlechte. Ist ein gutes Resultat zu erwarten, so zeigen sich gewöhnlich bald die ersten Anzeichen der Besserung. Ist bei Jodkalibehandlung bis Ende der ersten Woche, bei energischer Mercurbehandlung nach der zweiten Woche noch kein Resultat vorhanden, so sind die Aussichten geringe. Zuerst wird gewöhnlich durch die specifische Cur das Allgemeinbefinden gebessert; das ist das sicherste Zeichen. Es sollen grosse Dosen, 5—10 Gramm, steigend zu den Inunctionen gebraucht werden.

Sternthal.

Tarirot (77) berichtet über eine Heilung von Epilepsie bei einem Knaben von sieben Jahren, der hereditär luetisch war, durch Jod (0·8 pro die) und Brom (1·5 pro die). Er zieht hieraus den Schluss, dass bei jeder Epilepsie in jungen Jahren auf eventuelle Lues der Eltern zu fahnden sei, und dass hierdurch die Ergebnisse der Epilepsiebehandlung vielleicht wesentlich verbessert werden würden.

Stein.

Le Roy (78). Ein sechsundvierzig Jahre alter, gesunder Mann wurde acht Monate nach der Infection von heftigem Kopfschmerz befallen, an den sich Schwindel, Abnahme der Intelligenz, Ataxie der Hände und Füsse anschloss. Bewusstlosigkeit in kurzen, bald längeren Anfällen hielt an, die linksseitige Körperlähmung wurde complet, Koma und Tod trat ein. Die Section ergab keine Erweichung, wohl aber Arteriitis der Basalarterien.

Finger.

Warner (79) berichtet über zwei Fälle von Gehirnsyphilis, welche er bei hereditär belasteten Knaben aus derselben Familie beobachtet hat. Der erste bietet wegen der Allgemeinheit der beschriebenen Symptome nichts Erwähnenswerthes, bei dem andern ladet der interessante Symptomencomplex — vollständige linksseitige Lähmung der Extremitäten, partielle des Gesichts, rechtsseitige reflectorische Pupillarstarre bei erhaltener accomodativer Beweglichkeit — zum Versuche einer Localisation ein. Verf. nimmt zwei getrennte Herde an, ohne sich über ihre Lage weiter auszusprechen; Referent glaubt, dass sich die Erscheinungen durch eine Läsion des Hirnschenkels genügend erklären lassen. Die für die Lichtreaction bestimmte Leitung geht vom Centrum oculo-pupillare auf den Oculomotoriuskern über, und sie wird durch einen derartigen Herd getroffen werden, welcher gleichzeitig die Hemiplegie verursachen muss. Unter der unklaren „partiellen Paralyse“ des Gesichts wird man wohl die Lähmung des Facialis zu verstehen haben, welche zu der angegebenen Localaffection in Einklang stände. Die antisyphilitische Therapie war in beiden Fällen machtlos.

Leven.

Andronico (81) bespricht die durch den luetischen Process bedingten Blutungen in den Membranen des schwangeren Uterus, in der

Nabelschnur, auf der Oberfläche syphilitischer Hautefflorescenzen und in den inneren Organen (Meningen, grosse Gefässe, Uterus, Nieren), ohne über den Gegenstand etwas Neues zu bringen. Dornig.

Mauriac (82) gibt eine kurze Uebersicht der Anschauungen, die im Laufe der Jahrhunderte bezüglich der Leber in ihrem Verhältniss zur Syphilis bestanden haben, stellt dann die Hirn- mit der Lebersyphilis in Parallele und behauptet, dass jedem Syphilitiker weit eher die Gehirnsyphilis droht, als die der Leber. Des Ferneren behauptet er, dass die Lebersyphilis der tertiären Periode angehöre, und dass weit häufiger frühzeitige Hirnsyphilitiden vorkommen, als frühzeitige Lebersyphilitiden. Von den veröffentlichten Fällen frühzeitiger Lebersyphilis seien vielleicht zehn einwandsfrei; es gehöre vor Allem zu der sicheren Diagnose einer solchen eine deutliche Anschwellung der Leber, ferner Schmerzen im Epigastrium; Icterus fehle häufig. Verf. erzählt einen selbstbeobachteten Fall, bei dem neun Wochen nach Auftreten der Sklerose inmitten der secundären Erscheinungen eine deutliche Anschwellung der Leber mit Schmerzen und Icterus auftraten, die sich auf nichts Anderes beziehen liessen, und auf Jodbehandlung wichen. Nach Recapitulation einer Anzahl anderer, sicher hierher zu rechnender Fälle geht Verf. zu der Frage über, wann die frühe Periode der Lebersyphilis beginne und wann sie aufhöre. Er schliesst alle Fälle von Icterus und Leberhypertrophie, die vor Beginn der Secundärerscheinungen auftreten, als nicht hieher gehörig aus. Es liessen sich für diese Fälle andere Ursachen als Syphilis finden. Als vorzeitig wären alle Fälle von Leberlues anzusehen, die vor dem zweiten oder dritten Jahre nach der Infection auftreten, doch sei bei dieser Frage immer auf die klinischen Erscheinungen Rücksicht zu nehmen, indem die secundäre Lebersyphilis im Gegensatz zu der tertiären nicht die Neigung habe, im Leberparenchym bleibende Veränderungen zu setzen. Was die Symptome der secundären Leberlues angeht, so sei Icterus in der Secundärperiode bei einer ganzen Reihe von Fällen beobachtet, doch müsste man in der Beurtheilung, ob der Icterus auf syphilitischer Basis beruhe, besonders vorsichtig sein, weil eine grosse Anzahl anderer Momente denselben bedingen können (Kummer; gastrische Störungen etc. etc.). Der Schmerz im Epigastrium sei als Symptom wohl verwendbar, beweisend sei immer nur eine Anschwellung der Leber, die mitten unter anderen Secundärerscheinungen beginne, unter sicherem Ausschluss aller anderen Ursachen als der Syphilis. Die pathologische Anatomie der Affection betreffend, stellt Verf. bei dem gänzlichen Mangel von Sectionsbefunden die Hypothese auf, es handle sich nicht um Hyperämie, sondern vielmehr um eine Auswanderung weisser Blutkörperchen in das Gewebe der Leber, und führt als Beweis hiefür den langen Bestand der Hypertrophie an (zwei bis drei Monate). Aetiologisch sei an eine individuelle Prädisposition zu denken. Den Icterus erklärt sich Verf. so, dass die Hyperämie sich auf die Gallengänge fortsetze und hier durch die sich abstossenden alten und die proliferirenden neuen Epithelien ein Hinderniss für die Fortbewegung der Galle entstehe. Immer entstehe zuerst die Anschwellung, dann der Icterus und der Schmerz, letztere beiden Symptome schwinden stets früher als die Anschwellung. Die Diagnose der Leberlues müsse per exclusionem gestellt werden, bei stetem Vorhandensein des Hauptsymptoms, der Vergrösserung der Leber; zu Hilfe zu nehmen sei der positive oder negative Erfolg einer specifischen Behandlung. Die Prognose sei eine gute, wenn nicht Albuminurie oder Hypertrophie der Milz bestünde. Die Behandlung müsse eine energische Quecksilber- und Jodbehandlung sein, auf der anderen Seite in leichten Abführmitteln und Tonicis bestehen, sowie eventuell schmerzlindernd eintreten. Stein.

Tommasoli (84). In allen Perioden der Syphilis, sowohl der congenitalen, als auch der acquirirten, können luetische Erkrankungen der Nieren vorkommen; diese Erkrankungen besitzen weder symptomatisch, noch anatomisch ein specifisches Gepräge, ausgenommen dann, wenn sie die interstitielle Form annehmen, was äusserst selten der Fall ist. Die Albuminurie ist bisweilen ihr einziges nachweisbares Symptom. Klinisch können die specifischen Nierenaffectionen alle die verschiedenen Formen der Bright'schen Krankheit annehmen und einen acuten, subacuten und chronischen Verlauf haben; anatomisch gibt es ebenfalls keine Form einer Nierenerkrankung bis zur Amyloiddegeneration und bis zur Atrophie, welche man bei einer luetisch erkrankten Niere nicht antreffen könnte, doch herrschen, wenn es sich um frühzeitig auftretende, nicht complicirte Nierenaffectionen auf luetischer Basis handelt, zwei Typen vor, nämlich die epitheliale oder parenchymatöse, und die interstitielle Nephritis. Diese primären, essentiellen Typen können übrigens leicht in einander übergehen oder auf einander folgen, woraus Bastard- oder Mischformen hervorgehen, die das Krankheitsbild wesentlich trüben. An und für sich sind syphilitische Nierenerkrankungen selten, sehr selten gegenüber anderen syphilitischen Visceralerkrankungen, woraus neben der Schwierigkeit sie zu diagnosticiren, oder richtig zu deuten, die mangelhafte Kenntniss, die wir von ihnen besitzen resultirt. Mit Rücksicht auf die Pathogenese, pathologische Anatomie und Symptomatologie kann man die luetischen Nephropathien in zwei Gruppen eintheilen: in die erste Gruppe fallen alle jene, welche im ersten Jahre post infectionem auftreten, in die zweite alle später auftretenden. Jene der ersten Gruppe können in Parallele gestellt werden mit den Nephropathien, welche wir fast bei jeder Infectionskrankheit antreffen, denn sie haben wie diese eine mehr weniger tiefgreifende Alteration des Nierenparenchyms zur Grundlage; die syphilitischen Nierenaffectionen der zweiten Gruppe hingegen sind interstitiell und spiegeln, im Gegensatze zu jenen der ersten Gruppe, vollkommen den Typus wahrer syphilitischer Manifestationen, wie wir sie an anderen Organen antreffen, wieder. Die amyloide Degeneration, die gummöse Nephritis, die Nierenatrophie sind nur Folgen dieser Form. Jene der ersten Gruppe hängen, gleich den Nephropathien bei gewöhnlichen Vergiftungen, höchst wahrscheinlich direct von der irritirenden Wirkung der Producte des Virus auf die Nierenepithelien ab, wogegen jene der zweiten Gruppe, wie alle specifischen Manifestationen der Lues, erklärt werden können aus der schleichenden Irritation, welche das syphilitische Virus und seine Producte auf das interstitielle Bindegewebe aller Organe ausüben. Mithin könnte man die Nephropathien der ersten Monate als Nephropathien in Folge acuter syphilitischer Intoxication (!), alle anderen als solche in Folge chronischer specifischer Intoxication bezeichnen. Sowohl in Fällen von Syphilonephritis der ersten wie der zweiten Gruppe ist die Syphilis allein nicht hinreichend, um eine Nierenerkrankung hervorzurufen, denn sonst müssten Nierenaffectionen auf luetischer Basis viel häufiger vorkommen, als dies thatsächlich der Fall ist; vielmehr müssen noch andere, im Organismus selbst liegende, prädisponirende oder Gelegenheitsursachen — Scrophulose, Alkoholismus, vorhergegangene Infectionskrankheiten — dabei mitwirken. Dornig.

Albini (85). Der bohnengrosse Tumor wurde exstirpirt und zeigte mikroskopisch sklerosirende chronische Drüsenentzündung, die von innen gegen die Peripherie der Drüse fortschritt.

Ostwalt (86) fand, dass die syphilitische Retinitis wenige Monate bis ein Jahr nach der Infection auftreten kann. Sie ist charakterisirt durch kleine, grauweisse, träubchenartige Herdchen, die mit Vorliebe an den arte-

riellen Endästchen sitzen. Gleichzeitig finden sich meist stecknadelkopfgrosse, choroiditische Herdchen. In frischen Fällen ist eine Schmiercur von gutem Erfolg, weniger in alten. Anatomisch ist Folgendes hervorzuheben: Da die pathologischen Producte der Lues sich immer an den Enden der Arterien absetzen, so erkrankt in der Aderhaut die Choriocapillaris, in der Netzhaut die Nervenfaserschicht, und hier wieder die arteriellen Endgebiete, nämlich Centrum und äusserste Peripherie, und zwar trifft man dort gummiknotenähnliche Rundzellenanhäufungen in engster Beziehung zu den Gefässen. Die arteriellen Gefässe zeigen Wandverdickung und Wucherung der Intima analog den Veränderungen, welche Heubner für die Gehirnarterien beschrieb. Diese Analogie, sowie die auffallende Beziehung der durch Syphilis bedingten Netz- und Aderhautherde zu den arteriellen Endgebieten bringt den Verf. auf die Vermuthung, dass die syphilitischen Entzündungen der inneren Augenhäute eine wichtige diagnostische Bedeutung haben. Höchst wahrscheinlich erkranken nämlich oft Gehirn- und Augenarterien gleichzeitig, welche ja beide von dem gemeinsamen Hauptarterienstamme der Carotis interna versorgt werden. Bei dem Auge werden sich nun, durch seine besonderen Verhältnisse bedingt, die leichtesten Veränderungen bemerklich machen, während das Gehirn, trotzdem seine Arterien ebenfalls ergriffen sind, noch keine merklichen Störungen zu machen braucht, da sich hier zahlreiche Anastomosen finden. So mahnen solche Augenaffectionen daran, das Augenmerk auf das wahrscheinlich gleichzeitig erkrankte Gehirn zu richten. Verf. führt aus der Literatur einige Beispiele an, welche seine Theorie zu stützen scheinen.

Die syphilitische Retinitis tritt öfters schon vier bis sechs Monate nach der Infection auf, und macht im Anfange oft nur unbedeutende, subjective Erscheinungen. Ein charakteristisches und gewöhnliches Symptom ist das Flimmern, das bisweilen schon einige Monate vor Beginn der Erkrankung auftritt, und sie noch Monate und Jahre überdauern kann. Hirschberg (87) vermuthet, dass die Ursache dieser subjectiven Lichterscheinungen in der Verminderung des arteriellen Blutzuflusses nach einer bestimmten centralen Stelle der Netzhaut zu suchen sei. Anfangs können die Kranken bei Tageslicht noch gut lesen, während sie bei herabgesetzter Beleuchtung schon erheblich gestört sind; dann aber, wenn die Mitte der Netzhaut befallen wird, ist die Störung eine stärkere. Die Untersuchung ergibt Herabsetzung der Sehschärfe, namentlich aber des Lichtsinnes; allmälig nimmt die Sehschwäche zu, es treten inselförmige Defecte im Gesichtsfeld und schliesslich Erblindung ein. Das Ophthalmoskop zeigt fast alle Theile des Auges ergriffen, weswegen Hirschberg vorschlägt, die Erkrankung als Panophthalmia specifica zu bezeichnen. Punktförmige Trübungen der Hornhaut, des Pupillenrandes, ja sogar der Linse werden beobachtet. In der Retina findet man, theils in der Peripherie, theils central ziemlich rasch entstehende, rundliche, zarte, milchweisse Fleckchen, welche an den Netzhautgefässen traubenförmig haften. — Die Krankheit ist durch Quecksilbercur gut heilbar, selbst in scheinbar schweren Fällen, und die Heilung kann eine dauernde sein (seit achtzehn Jahren dauernde Heilung vom Verf. beobachtet). Doch sind Recidive häufig; Anfangs werden diese noch gebessert, sogar beseitigt. In Ausnahmefällen aber ist die Affection unheilbar, und im Verlaufe von Jahren tritt Atrophie des Sehnerven ein. Dass die Krankheit eine schwere ist, zeigen Hirnerkrankungen, welche sie bisweilen begleiten oder ihr nachfolgen: Schlaganfälle mit tödtlichem Ausgang bei noch jugendlichen Kranken. Im Gegensatz zur Retinitis albuminurica, welche immer auf beiden Augen auftritt, kann die syphilitische Retinitis auf ein Auge beschränkt bleiben. Verf. hat in

einem Artikel in der Eulenburg'schen Realencyklopädie darauf aufmerksam gemacht, dass die Retinitis specifica von einer arteriellen Erkrankung ausgehe und analog sei der Erkrankung der Hirnarterien, sowie dass beide zusammen vorkommen können. Sternthal.

Hosch (88) theilt fünf Fälle der „Ophthalmoplegia interna" (Hutchinson) mit; ein Patient ging an einer Apoplexie zu Grunde, zwei wurden geisteskrank, geheilt wurde keiner; die Lues der Kranken Hosch's war im Allgemeinen wenig energisch behandelt worden. Der Verf. schliesst sich der Ansicht Hutchinson's, dass es sich um eine nucleäre Lähmung mit dem Sitz im vorderen Theil des Oculomotoriuskernes auf Grund einer syphilitischen Endarteriitis handle, an. Jadassohn.

Stewart (89) stellt eine Patientin vor, welche auf einem Auge blind, beim Schliessen des zweiten Auges sofort das Bewusstsein verliert. Kein anderes Zeichen einer Erkrankung des Centralnervensystems, keine Epilepsie. Trotzdem jede Therapie nutzlos ist, glaubt Stewart an eine syphilitische Basis, weil Patientin früher an mancherlei allerdings nicht ganz eindeutigen Symptomen gelitten hat. Er nimmt an, dass es sich um eine Narbe im Gehirn handelt. Referent sah einen ähnlichen Fall in der Klinik des Herrn Prof. Hitzig (Halle): Der Kranke stürzte, sobald er die Augen schloss, wie vom Blitz getroffen zu Boden. Es handelte sich um eine traumatische Depression, Herr Prof. Hitzig bestimmte aus den vorhandenen Symptomen den Ort der Gehirnläsion genau. Patient wurde von Herrn Geheimen Rath von Volkmann trepanirt und genas. Leven.

Sarda (90) berichtet zwei Fälle, in deren einem eine Oculomotoriusparalyse als einziges Symptom auf eingeleitete Therapie rasch heilte, während in dem anderen neben Oculomotoriusparalyse auch der Abducens und Trigeminus afficirt, Kopfschmerz und Somnolenz die Diagnose cerebraler Lues rechtfertigten, der Verlauf ein schwerer war. Verf. demonstrirt hieraus die wesentliche prognostische Differenz isolirter localer Erkrankung der Nerven gegenüber nervöser, auf cerebrale Störungen zurückzuführender Affectionen. Finger.

Turnbull (91) macht einleitend darauf aufmerksam, dass die Zahl der Fälle von syphilitischen Erkrankungen des Gehörorgans in den Vereinigten Staaten eine viel geringere ist, als in Europa, insbesondere als in England. Ein kurzer literarischer Ueberblick folgt, bei welchem Verf. gleichzeitig kritisch verfährt, indem er hervorhebt, dass die Betheiligung der nervösen Elemente des Ohres an dem Krankheitsprocess zu wenig berücksichtigt worden sei. In diagnostischer Hinsicht schliesst er die Taubheit als auf luetischer Basis erwachsen oder erwachsend aus anderweitig vorhandenen Wahrzeichen einer specifischen Erkrankung, aus der Schwellung, Narbenconstriction oder dem völligen Verschluss der Tuben, aus der geringeren Leitungsfähigkeit der Kopfknochen. Besonders hebt Turnbull hervor, dass man es bei Kindern und jugendlichen Personen, welche sehr schnell ihr Gehör verlieren, ohne Zeichen einer Mittelohrerkrankung darzubieten, dabei aber gleichzeitig an Affectionen der Nase und Augen leiden, fast immer mit Labyrinthsyphilis zu thun habe. Zur pathologischen Anatomie theilt Verf. einige Sectionsbefunde mit, bei welchen Ankylose der Gehörknöchelchen, kleinzellige Infiltration des membranösen Labyrinths, Vermehrung des Labyrinthwassers bei gänzlicher Integrität des Mittelohrs und des Stammes des Gehörnerven sich ergab. Weiterhin bespricht er die Pathologie der gesammten Gehöraffectionen, welche im Gefolge der Syphilis auftreten: purulente und seröse Otitis media, luetische Ulcerationen und Condylome im Meatus, Degenerationen des Nervus acusticus peripherer und

centraler Natur u. s. w. Bezüglich der Therapie endlich theilt Verf. die von ihm bei den verschiedenen luetischen Affectionen angewendeten Methoden mit. Leven.

Therapie der Syphilis.

92. **Fournier.** Traitement abortif de la syphilis. — Gaz. des hôpit. Nr. 116, 1888.
93. **White** William. The abortive treatment of syphilis. — Medical News, 27. October 1888.
94. **Vollert.** Ueber Succinimid-Quecksilber, ein neues Mittel zur subcutanen Injection. Aus der Universitätsklinik für Syphilis und Hautkrankheiten von Prof. Dr. Wolff zu Strassburg i. E. — Therap. Monatsh. Sept. 1888.
95. **Fournier.** Traitement interne de la syphilis par les mercuriaux, étude comparée du sublimé et du proto-iodure de sodium. — Gaz. des hôpit. 1888, Nr. 128.
96. **Fedotow** A. Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen des Calomels. — Medicin. Beilage zum Marinejournal, Kronstadt. 1888, 8, 9 (russisch); auch: St. Petersburger med. Wochenschr. 1888. 31.
97. **Doutrelepont.** Zur Behandlung der Syphilis mit Injectionen von Calomelöl und Oleum cinereum. — Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 38.
98. **Trost.** Ueber das Oleum cinereum im Vergleich zu den Calomelpräparaten. — Wiener med. Wochenschr. 1888, 41.
99. **Deelen.** Calomel als poliklinisches Antisyphiliticum. — Weekbl. von het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1888, I., pag. 305.
100. **Wilson.** Note on the treatment of Syphilis by the hypodermatic injections of Calomel. — Medical News 1888, 22, pag. 593.
101. **Du Mesnil.** Zur Casuistik der Quecksilberexantheme. — Münchner med. Wochenschr. 1888, Nr. 28.
102. **Schuster.** Ueber Merkurvergiftung bei der Behandlung der Syphilis. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 20.
103. **Baudier** M. Charles. Du traitement des plaques muqueuses hypertrophiques persistantes chez la femme. — Thèse pour le doctorat en médecine, Paris 1888.
104. **Rosolimos.** Die secundären Schleimhautsyphiliden und ihre Behandlung mit subcutanen Quecksilberinjectionen. — Ann. de Derm. et de Syph. 1888, 8 u. 9.
105. **Srogolimos.** Les syphilides secondaires de la bouche traitées par les injections mercurielles (champs aphlegmasiques dans la pratique de ces injections). — Le Progrès médical 1888, Nr. 37. 15. IX.
106. **Staderini.** Subcutane Pilocarpin-Injectionen. — Ann. di ottalmologia di Quaglino 1888. Heft 3. (Refer. Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1888, Nr. 10.)
107. **Stembo.** Ein Beitrag zur Therapie der Tabes dorsalis. — Berliner klin. Wochenschr. 1888, Nr. 44.
108. **Marfan.** Hemiplegie bei einem fünf Monate alten, hereditär-syphilitischen Kinde. Heilung auf antisyphilitische Behandlung. — Ann. de Derm. et de Syph. 1887. 8.
109. **Cervesato.** Le applicazioni terapeutiche del Jodolo nella medicina interna. — Lo Sperimentale 1888, Nr. 9.

Fournier (92) meint, dass die Resultate der Abortivbehandlung der Syphilis bis jetzt durchaus nicht ermuthigende seien. Injectionen um

den Primäraffect, sowie solche in die dem Primäraffect benachbarten Drüsen, hätten keine Resultate ergeben. Die Exstirpation der Drüsen sei unausführbar, besonders wenn es sich um einen Primäraffect am Penis handle; schon die grosse Anzahl der Drüsen, die zum Theil sehr klein sind und tief liegen, verhindere dieselbe, sodann die Gefährlichkeit der Operation, die zudem immer doppelseitig gemacht werden müsste; es würde sich kein Patient zu einer solchen Operation verstehen. Die Cauterisation des Schankers mit chemischen Mitteln oder mit Ferrum candens oder Galvanokaustik habe nur Misserfolge zu verzeichnen. Bei dieser Methode sowohl als bei der Excision des Ulcus seien die vermeintlichen Erfolge sehr anzuzweifeln, denn in einer grossen Anzahl von den veröffentlichten Fällen kann es sich nicht um ein specifisches Ulcus gehandelt haben, weil die Incubation für ein solches eine zu kurze war, in anderen Fällen fehle die Confrontation, die grösste Anzahl der Operirten sei nicht genügend lange in Beobachtung geblieben. Diese letzten Gesichtspunkte, Confrontation, Dauer der Incubation von drei bis vier Wochen, genügend lange Beobachtung der Kranken (sechs Monate), seien stricte durchzuführen, um zu einer definitiven Lösung der Frage zu kommen. Stein.

Nach einer ausführlichen Schilderung der unter den bedeutendsten Syphilidologen über die Abortivbehandlung der Syphilis herrschenden Ansichten theilt White (93) seine eigenen Erfahrungen über diesen Gegenstand mit. Er bespricht zunächst den Nutzen, welchen man sich von der frühzeitigen Anwendung des Mercurs in irgend welcher Form versprechen darf, und kommt zu dem Schluss, dass dieselbe den Ausbruch der constitutionellen Erscheinungen, wenn auch nicht unterdrücken, so doch sicherlich mildern kann. Wenn er nun trotzdem nicht die frühzeitige Application des Quecksilbers für alle Fälle empfiehlt, so hat dies darin seinen Grund, dass in nicht wenigen Fällen die Diagnose des Primäraffects, nach seiner Meinung, grosse Schwierigkeiten macht. Er erwähnt eine Anzahl wohlbeglaubigter Fälle, wo Sklerosen oder für Primäraffecte gehaltene Ulcerationen und Erosionen von constitutionellen Symptomen nicht gefolgt waren, und macht auf die Misslichkeiten aufmerksam, welche dadurch entstehen, dass man Patienten, zumal wenn sie gebildete Leute sind, welche die ganze Tragweite der Syphilis für ihr Leben wohl zu erkennen und zu beurtheilen vermögen, einer antisyphilitischen Cur unterzieht, wenn es sich dann herausstellt, dass die Betreffenden überhaupt nicht syphilitisch inficirt waren und somit die Diagnose „syphilitischer Primäraffect" wegen des Ausbleibens jeglicher constitutioneller Symptome dementirt werden musste. Er empfiehlt die sofortige Anwendung des Mercurs, sobald die Diagnose Syphilis sichergestellt ist. Für die Bestätigung der Diagnose genügt ihm aber, wenn Exantheme oder Halserscheinungen noch fehlen, das Auftreten indolenter Bubonen, welche von der als Primäraffect angesehenen Läsion weit entfernt liegen. Er verlangt also z. B. bei suspecter Affection der Genitalien zum mindesten indolente Cubital- und Cervicaldrüsenschwellungen. Ausnahmsweise leitet White eine frühzeitige Mercurialcur auch bei dem Nichterfülltsein der verlangten Bedingungen ein in Fällen, wo Confrontation möglich und die angeschuldigte Läsion ganz besonders typisch ist, ferner wo wichtige Körperstellen, wie Lippe und Nase, von einer für Lues suspecten Affection befallen sind und später eventuell grosse Entstellungen befürchtet werden können. (Verf. beachtet bei der Aufstellung dieser letzteren Bedingung nicht, dass es gerade die Eigenthümlichkeit syphilitischer Primäraffecte ist, ohne Hinterlassung entstellender Narben zu heilen. Ref.) In dem zweiten Theile seiner Abhandlung erwägt Verf. den Nutzen der frühzeitigen Excision oder Cauterisation

von Schankern, eventuell die Combination beider Methoden. Er verspricht sich von beiden Nutzen, da er den Primäraffect nicht als den Ausdruck der Allgemeinvergiftung des ganzen Körpers, sondern als Localaffection ansieht. Eigene Erfahrungen stehen ihm nur wenig zu Gebote; er glaubt jedoch, dass es ihm bei fünf mit prophylaktischer Excision des Schankers behandelten Patienten — derselbe war durch mikroskopische Untersuchung als Primäraffect sicher beglaubigt (?) — gelungen sei, zwei vor dem Ausbruch der Allgemeinerscheinungen zu bewahren. (Wenn Verf. die mikroskopische Untersuchung des Schankers für die Diagnose „Syphilis" als ausreichend erachtet, warum excidirt er nicht in allen Fällen, wo es angeht, die Schanker, um nach positivem Ausfall der mikroskopischen Untersuchung sofort die Mercurialbehandlung zu beginnen? Ref.) In Fällen, in welchen eine Woche oder mehr seit dem Erscheinen des Primäraffects vergangen sind, missräth White entschieden die Cauterisation, indem er glaubt, dass die constitutionellen Symptome, zumal wenn sich Drüsenschwellungen schon eingestellt haben, doch nicht mehr verhindert werden können, und indem er auf das Missverhältniss zwischen dem ungewissen Erfolge und den unangenehmen Erscheinungen hinweist, welche die Cauterisation nicht selten macht z. B. Oedem des Penis respective des Präputiums mit nachfolgender entzündlicher Phimose, ferner Lymphadenitis suppurativa etc. Antiseptisch oder aseptisch bei der localen Behandlung des Schankers vorzugehen, hält Verf. nicht für nothwendig. Die in neuester Zeit von Dr. Edgar Bronson (New-York) empfohlene hypodermatische Quecksilberinjection in die Sklerosen oder in die Nähe derselben eventuell in die Lymphdrüsen, hält Verf. für durchaus nutzlos und unnöthig. (Verf. befindet sich übrigens im Irrthum, wenn er Bronson für den Erfinder der letztgenannten Methode hält. Dieselbe ist bereits im Jahre 1856 von Christ. Hunter geübt, aber von Hebra, der sie 1860 versuchte, bald verlassen worden. Sie besitzt aber eine hohe geschichtliche Bedeutung deshalb, weil aus ihr die subcutane Quecksilberbehandlung der Syphilis hervorgegangen ist. Ref.) Ledermann.

Vollert (94). Das Succinimid-Quecksilber, eine Verbindung des Quecksilberoxyds mit dem Succinimid, einem Product der Bernsteinsäure, ist ein weisses, in Wasser leicht lösliches Pulver, dessen wässerige Lösung auch bei längerem Stehen absolut klar bleibt. Die auf der Strassburger Klinik angewandte Lösung war eine einprocentige. Bei mittelschweren Fällen von Lues genügten etwa 24 Injectionen der einprocentigen Lösung, für schwerere 30—35. Zum Ort der Einspritzungen wurde der Rücken gewählt. Verf. hebt als besondere Vorzüge des neuen Präparates die Schmerzlosigkeit hervor, wegen deren sich dasselbe gerade zur poliklinischen Behandlung eigne, und den Umstand, dass Abscesse und Stomatitis sehr selten seien. Vollert hatte unter 210 Einspritzungen nur zwei Abscesse, und Herr Prof. Wolff sah niemals Abscesse. Wolff gibt der Nadel eine der Haut möglichst parallele Richtung im Gegensatz zu Neisser, welcher senkrecht einsticht.) Vor dem früher aus der Wolff'schen Klinik empfohlenen Glykokoll-Quecksilber rühmt Verf. dem Succinimid ausser der geringeren Schmerzhaftigkeit die Beständigkeit des Präparates sowie dessen besondere Billigkeit nach. Untersuchungen über die Quecksilberausscheidung zu machen war Verf. nicht möglich. Das Material Vollert's umfasst 28 Fälle (meist Frühformen), deren Krankengeschichten kurz in tabellarischer Uebersicht beigefügt sind. Carl Herxheimer.

Fournier (95) erörtert die Frage, ob dem Sublimat oder dem Hydrargyrum iodatum bei der inneren Syphilisbehandlung der Vorzug zu geben sei. Er wägt die Vortheile und Nachtheile der beiden Präparate

nach ihren Einwirkungen auf die Speichelsecretion, die Darmthätigkeit und nach ihren therapeutischen Wirkungen ab. Während das Hydrargyrum iodatum leichter das Zahnfleisch reizt und leichter zu Stomatitis, namentlich bei Frauen, Veranlassung gibt, hat es wieder vor dem Sublimat voraus, dass es vom Magendarmcanal besser vertragen wird, und dass es nicht wie das Sublimat Magenschmerzen und Verdauungsbeschwerden, welche häufig später noch zurückbleiben, verursacht, sondern höchstens von Zeit zu Zeit Diarrhöen erregt, derentwegen man nicht einmal gezwungen ist, die Behandlung zu unterbrechen. Für die Therapie ist von Bedeutung, dass man mit der Dosirung bei Sublimatbehandlung nicht so steigen kann, als bei der Behandlung mit Hydrargyrum iodatum. Man soll also bei der inneren Syphilisbehandlung, je nachdem es indicirt scheint, das Präparat wählen; im Allgemeinen zieht Fournier das Hydrargyrum iodatum vor, weil sich der Verdauungsapparat besser dabei befindet und Erscheinungen von Seite des letzteren bei Sublimatbehandlung häufiger vorkommen als Erscheinungen von Seite des Mundes bei Behandlung mit Hydrargyrum iodatum. Zum Schluss empfiehlt er die Behandlung mit Pillen und zwar für einen erwachsenen Mann bei Sublimat p. d. 3 Ctgr., für eine erwachsene Frau p. d. 2 Ctgr., bei dem andern Präparat 10—12 und 7—8 Ctgr.

Nach einer kurzen Auseinandersetzung der bisherigen von anderen Autoren erzielten Resultate, berichtete Fedotow (96) in der Sitzung der syphilidologischen Gesellschaft in St. Petersburg über die von ihm mit subcutanen Injectionen des Calomels behandelten Kranken. Es wurde eine Wasseremulsion des Mittels mit Gummi arabicum (1:10) angewandt und jeden fünften bis dreizehnten Tag unter antiseptischen Cautelen ins subcutane Gewebe injicirt. Behandelt wurden 17 Männer mit recenter secundärer Lues und 15 mit Recidivformen; also in 32 Syphilisfällen wurden 183 Injectionen gemacht. Der therapeutische Erfolg war kein befriedigender, weil in zwölf Fällen die Symptome dem Mittel widerstanden, in anderen Fällen bedarf man zur Beseitigung der syphilitischen Erscheinungen mehr als sechs Injectionen. Die Calomelinjectionen waren schmerzhaft, und entstanden fast immer Indurationen; Abscesse wurden dreimal beobachtet. Nach der Meinung Fedotow's sind die Calomelinjectionen unzulänglich, um eine allgemeine Behandlungsmethode der Syphilis darzustellen und können nur in Ausnahmefällen in Betracht kommen. In der Discussion bemerkte Dr. Petersen, dass die vom Verfasser erzielten ungünstigen Erfolge von der unzutreffenden Wahl des Calomelpräparats (via humida paratum) abhängig sein konnten. Darauf betont Petersen, dass manche Patienten Fedotow's anämisch, heruntergekommen, scorbutisch, ja sogar phthisisch waren, also das Krankenmaterial als ein unpassendes anzusehen ist.

Szadek.

Doutrelepont (97) bestätigt die Ansicht Neisser's, dass die Calomelölinjectionen neben der Inunctionscur am besten und energischesten wirken. Recidive nach denselben scheinen ihm seltener als nach Injection löslicher Quecksilberpräparate. Ausserdem hebt er die Bequemlichkeit der Methode hervor. Abscesse hat er nicht beobachtet und glaubt, dass ihr Entstehen auf Mangel an Asepsis beruhe. Infiltrate treten wohl ein, sind aber bald schmerzlos und werden allmälig resorbirt. Besondere Vorsicht muss wie bei Injection aller unlöslichen Quecksilberpräparate, bezüglich der Stomatitis beobachtet werden. Die Erfahrungen Doutrelepont's mit dem Oleum cinereum von Lang waren recht zufriedenstellend. In der ersten Zeit sah er einen Abscess, dann bei Behandlung von 35 Patienten keinen mehr. Die Infiltrate sind unbedeutend. An Wirksamkeit scheint dem Verf.

Oleum cinereum dem Calomelöl gleich zu stehen, nur wirkt letzteres vielleicht etwas schneller. Sternthal.

Frost (98). Nachdem Lang's dreissigprocentiges graues Oel in 1 Cctm. 0·39 metallisches Quecksilber hält, hat Verf. eine Calomel-Lanolinölmischung folgender Zusammensetzung: Lanolin 2·7, Ol. olivar 3·6, Calomel s. p. 3·7 bereitet. Auch diese hält im Cctm. 0·39 metallisches Quecksilber. Es wurden nun Parallelversuche in der Art angestellt, dass das graue Oel und die Calomel-Lanolinölmischung in der gleichen Menge, 1 Cctm., subcutan am Rücken injicirt wurde; jeder Patient erhielt gleichzeitig je eine Injection beider Präparate. Der Vergleich ergab bei 34 Patienten Vortheile zu Gunsten des Oleum cinereum sowohl was Schmerz, als Stärke der Infiltrate, Raschheit deren Resorption betrifft. Eine zweite analoge Versuchsreihe wurde zwischen Calomelölsuspension und Calomel-Lanolinöl angestellt. Sie ergab, dass die Oelsuspension bedeutendere Reactionserscheinungen erzeuge. Schliesslich ergab Vergleich von Calomel via humida et vapore paratum den Ausschlag zu Ungunsten des ersteren. Verf. kommt hieraus zu dem Schlusse, das graue Oel sei dem Calomel wesentlich vorzuziehen. Den Schluss bilden polemische Aeusserungen gegenüber Harttung's in dieser Vierteljahresschrift erschienenem Aufsatze, die Frage der Sterilisirung des grauen Oeles betreffend. Finger.

Allgemeine und diffus verbreitete Exantheme in Folge von Quecksilbergebrauch in verschiedener Application sind relativ selten, wenn wir von den pustulösen Eczemen, wie sie bei Inunctionscuren am Orte der Einreibung und besonders an stärker behaarten Stellen auftretenden pustulösen Eczemen absehen. In dem von Du Mesnil (101) mitgetheilten Falle kann von einer solchen localen Reizwirkung durch die Inunctionscur nicht die Rede sein. Er beobachtete nach der achtzehnten Inunction Eruption von Erythemflecken, Quaddeln und Abhebung der Hornschicht durch seröses Exsudat in Blasenform gerade an solchen Theilen des Körpers, wo nicht inungirt worden war, während die bei der Inunctionscur speciell betroffenen Theile von dem Exanthem frei blieben. Andererseits wurde die Abhängigkeit der Hauteruption von dem Quecksilbergebrauch durch die Wiederholung der Eruption bei Wiederaufnahme der Inunctionen, deren Sistirung einen Schwund des Erythems zur Folge gehabt hatte, aufs deutlichste festgestellt. Die klinischen Erscheinungen des Erythems entsprachen am meisten dem bekannten Bilde eines Erythema exsudativum multiforme, und glaubt der Autor dieselben durch eine Intoxication des Centralnervensystems mit Hg erklären zu müssen. Kopp.

Schuster (102) erwähnt mehrere Fälle, bei denen auf sehr kleine Mercurdosen bedenkliche Vergiftungserscheinungen eintraten (z. B. Blutdiarrhöen, heftige Salivation mit Kräfteverfall, Schwäche mit Erbrechen), und citirt die Beobachtung von Kaufmann, bei der eine Gabe von 0·002 Atropin lebensrettend wirkte. Zum Schlusse führt er einen Fall an, der zeigt, dass nicht jedes Erbrechen und jede Darmblutung während einer Mercurbehandlung durch dieselbe bedingt sein müsste. Der betreffende Kranke wurde wegen einer Tabes auf syphilitischer Grundlage mit Inunctionen (15 in 31 Tagen) behandelt, bekam wiederholt Erbrechen und Rectalblutung und ging zu Grunde. Die Autopsie ergab Pachymeningitis purulenta, ausgehend vom Os petrosum, das schon seit der Kindheit erkrankt war. Sternthal.

Baudier (103) beschreibt neun Fälle von hypertrophischen Plaques muqueuses am Anus und den Genitalien, welche er in Saint-Lazare zu beobachten Gelegenheit hatte. Als durch monatelange, intensive, antilue-

tische Behandlung eine Heilung nicht erzielt werden konnte, wandte Verf. in sämmtlichen Fällen den Thermokauter an, mittelst dessen er in kürzester Zeit die Plaques zum Schwinden brachte. Er empfiehlt in Folge dessen den Thermokauter in ähnlichen Fällen als ultimum refugium, selbstverständlich bei angemessener innerer antiluetischer Cur. Galewsky.

Rosolimos (104) hebt zunächst die von vielen Autoren constatirte Hartnäckigkeit der secundären Syphiliden hervor, die sich durch geringere Reaction auf Behandlung, auch mercurielle, und durch grosse Tendenz zu Recidiven äussert. Verf. bringt nur zwei interessante vergleichende Tabellen. Die erste umfasst 253 Fälle von Plaques und Rhagaden der Mundschleimhaut und Zunge, die mit Mercur, Frictionen und intern behandelt wurden. In 87 Fällen erfolgte die Heilung in drei Monaten, in 92 Fällen in zwei Monaten, in 47 Fällen in 30—40 Tagen und nur in 9 Fällen in 14 Tagen. In 18 dieser Fälle erfolgten Recidive in sechs Monaten bis zu zwei Jahren. Die zweite Tabelle umfasst 216 subcutan mit Quecksilber behandelte Fälle. Von diesen erfolgte die Heilung 103mal in 14 Tagen, 78mal in 20 Tagen, 35mal in 25 Tagen. Vergleichung beider Tabellen ergibt die ungemein promptere Wirkung hypodermatischer Behandlung, gegenüber den Frictionen und der internen mercuriellen Behandlung. Verf. führt diese Wirkung darauf zurück, dass subcutane Behandlung fast nie zu Stomatitis und durch diese zu Reizung der Mundschleimhaut führt und stützt sich dabei vorwiegend auf seine Beobachtung, dass die Papeln dort, wo bei Frictionen und interner Behandlung rasch Stomatitis auftrat, am hartnäckigsten waren. Als Injectionsstelle für die von ihm ausschliesslich geübten subcutanen Sublimatinjectionen empfiehlt er die Rückenhaut. Finger.

Srogolimos (105) empfiehlt — entgegen den Ansichten der meisten französischen Autoren, z. B. Fournier's und Diday's die Plaques der Mundschleimhaut blos local zu behandeln, da eine Allgemeinbehandlung, wenigstens die beliebte innerliche, meist erfolglos sei — auf Grund seiner zahlenmässig wiedergegebenen Erfahrungen in allererster Reihe die Behandlung mit subcutanen Injectionen von Sublimat; er hat dabei eine locale Behandlung vollständig entbehren können und hat angeblich mehr erreicht, als mit localer und interner oder sogar Inunctionscur. So sehr der Verf. Recht hat, wenn er zu einer allgemeinen Behandlung auch der Plaques räth und glaubt, mit einer gründlichen solchen Behandlung am meisten zu erreichen, so wenig können wir ihm in der Deutung seiner Erfahrungen beistimmen. Denn wenn er glaubt, dass bei der internen oder Frictionstherapie die leicht entstehende Stomatitis die Heilung der Plaques hintanhält, so ist dagegen hervorzuheben, dass eine solche bei einer gut geleiteten Einreibungscur keineswegs so leicht entsteht. In dem zweiten Theile der kurzen Arbeit spricht Verf. für die Injectionstherapie überhaupt — er verwendet 1—2% Lösungen von Sublimat mit Cl Na zugleich mit Chromwasser und Jodkali — und behauptet, auffallend wenig Recidive nach dieser Behandlung gesehen zu haben; er macht die Injectionen am Rücken zwischen dem unteren Rand der Scapulae und Lumbalgegend und nennt diese Gegend „le champ aphlegmasique“, weil hier Schmerzen und Infiltrate, die sonst überall leicht auftreten, nach seinen Erfahrungen (immer?) ausbleiben sollen. Jadassohn.

Staderini (106). Heilung eines Falles luetischer Neuritis und Chorioiditis mit Glaskörpertrübungen durch Pilocarpin-Injectionen und Einreibungen von 6·0 Unguent. cin. pro die.

Unter 39 von Stembo (107) beobachteten Tabikern waren 24 = 61·6% vor 8—15 Jahren inficirt gewesen. Obwohl aber Stembo die Lues, wenn

auch nicht als Causa proxima, doch als Causa praedisponens der Tabes erklärt, ist er ein Gegner der Jodkalibehandlung bei Tabes, die nutzlos sei, und ein Gegner der mercuriellen Therapie, von der er nie den kleinsten Nutzen, ja sogar sehr oft Schaden gesehen, wenn trotz Misserfolges die Fortsetzung der Cur vorgenommen wurde. Kohn.

Marfan (108). Das fünf Monate alte Kind recent syphilitischer Eltern, das sich bis dahin völlig wohl befunden, bot drei Tage nach einem Sturz von der Höhe eines halben Meters Lähmung der linken Körper- und Gesichtshälfte dar. Pupillen und Sensibilität intact. Einreibung grauer Salbe und 2·0 Jodkali pro die brachte in acht Tagen Besserung, in drei Wochen Heilung. Sechs Wochen später zeigt das Kind nässende Papeln in allen Gelenkbeugen. Finger.

Cervesato (109) erzielte in drei Fällen von tertiärer Syphilis sehr günstige und rasche Heilerfolge durch innerliche Verabreichung von Jodol — 2 bis 3 Gramm pro die. Das Medicament wurde von Seite des Verdauungstractes sehr gut vertragen. Dornig.

III.

Verhandlungen der Dermatologischen Vereinigung zu Berlin 1887/88.

Sitzung am 1. November 1887.

1. Herr Rosenthal verliest auf Aufforderung des Vorsitzenden den Bericht über das abgelaufene Vereinsjahr.

2. Neuwahl des Vorstandes. Auf Antrag des Herrn Hoffmann wird der bisherige Vorstand, bestehend aus den Herren Lewin und Köbner als Vorsitzenden, H. Müller und O. Rosenthal als Schriftführern, durch Acclamation wiedergewählt.

3. Herr Feibes stellt einen Fall von Mycosis fungoides aus Dr. Lassar's Klinik vor.

Die Erkrankung begann nach Angabe des Patienten vor etwa drei Jahren mit der Bildung eines Knotens am rechten Oberschenkel. Aehnliche Tumoren entwickelten sich dann zerstreut an der ganzen Körperoberfläche; sie wuchsen und kamen zum Theil zu einem sulzigen Zerfall. Das Allgemeinbefinden zeigte sich nicht wesentlich gestört, nur wenn Geschwülste zerfielen, fühlte sich der Patient wegen eines continuirlichen Kältegefühls am wohlsten im Bett. Fieber war nur vorübergehend vorhanden. Einen sehr überraschenden Erfolg hatte die Behandlung mit Quecksilberinjectionen und Jodkalium. Namentlich ging ein frambösieartiger Krankheitsherd am Arm rasch zurück, ebenso verkleinerte sich eine 1 $^1/_2$ mannsfaustgrosse Geschwulst am Oberschenkel ziemlich schnell mit Zurücklassung einer Narbe; auch mehrere vorhandene rupia- und eczemartige Stellen besserten sich zusehends. Dunkle Pigmentflecke sind als Reste früherer Efflorescenzen vielfach zu sehen. Patient bestreitet, jemals syphilitisch gewesen zu sein. Die locale Behandlung bestand im Auftragen von Kochsalzlösung und Calomel. Der Kräftezustand des Kranken ist jetzt befriedigend, der Appetit steigerte sich unter der eingeschlagenen Behandlung ausserordentlich. Seit einiger Zeit indess scheint in dem Fortschreiten der Besserung ein Stillstand eingetreten zu sein.

Herr Köbner bemerkt, dass die Stelle am linken Arm jener Form der Syphilis gleiche, welche man früher als Radesyge zu bezeichnen pflegte; für diese Auffassung spreche auch der Erfolg der antisyphilitischen Behandlung, den man bei wahrer Mycosis fungoides bisher nie constatirt habe. Ferner falle die grosse Härte der Mehrzahl der Tumoren und ihr tiefer Sitz im Unterhautzellgewebe auf, während die Geschwülste der Mycosis fungoides aus der Cutis selbst hervorgingen.

Herr Lassar bestätigt, dass nach der stattgefundenen histologischen Untersuchung die Tumoren im Unterhautzellgewebe sitzen. Auch er hält den Fall nicht für einen eindeutigen. Zunächst hatte er allerdings den Eindruck, dass es sich um eine schwere Form von Lues handle, doch spreche gegen die Annahme von Gummigeschwülsten der Mangel von Vereiterung und Narbenbildung. Trotz der Zweifel in der Diagnose wurde deshalb die antisyphilitische Behandlung eingeschlagen, zumal es nicht ausgeschlossen erschien, dass sich eine derartige antiparasitäre Therapie auch bei anderen Infectionsgeschwülsten nützlich erweisen könnte. Der Erfolg lasse vielleicht den Schluss zu, dass es sich im vorliegenden Falle um eine der Syphilis sehr nahe stehende Infectionskrankheit handle. Schliesslich erwähnt Herr L., dass auf der letzten Naturforscherversammlung Hochsinger und Schiff die von Disse demonstrirten Syphiliscoccen sofort mit denen identisch erklärten, welche sie selbst bei Mycosis fungoides gefunden hatten.

In dem vorgestellten Falle fand Redner bei der vorläufigen histologischen Untersuchung die Knoten im Wesentlichen aus lockerem Bindegewebe mit eingestreuten Entzündungsherden bestehend.

4. Herr Isaac: Ueber Lichen ruber bemerkt zunächst, dass die Krankheit, die verhältnissmässig selten sein solle, in Lassar's Klinik recht häufig beobachtet werde. Allein innerhalb der letzten vier Wochen seien fünf neue Fälle, von denen vier vorgestellt werden, aufgenommen worden. Der Unterschied zwischen Lichen acuminatus und planus komme in der Klinik nicht recht zur Geltung; fast immer finde sich nur planus. Endlich sei bemerkenswerth, dass bei fast allen Kranken mit Lichen ruber Drüsenanschwellungen gefunden werden; es deute dies doch wohl darauf hin, dass es sich um eine Infectionskrankheit handle. Bei dem einen der vorgestellten Kranken haben sich auch Lichenknötchen auf der Mundschleimhaut entwickelt.

Herr Lassar macht darauf aufmerksam, dass sich in dem einen Falle die Köbner-Wutzdorf'schen Kratzlinien sehr deutlich vorfinden. Die eine der vorgestellten Patienten behauptete, die Krankheit von einem Hunde acquirirt zu haben, der, wie nachgewiesen wurde, mit Acarus behaftet war; bei der Kranken selbst wurden keine Milben gefunden.

Herr Köbner bemerkt, dass der Hunde-Acarus sich nicht auf den Menschen übertrage.

Herr Lassar hat wiederholt gesehen, dass bei Personen, die mit räudigen Hunden zu thun gehabt hatten, wie Hundescheerern, Hundewärtern, Jägern, ein scabiesartiger Ausschlag entstand; es scheinen also durch den Verkehr mit räudigen Hunden, wenn auch nicht Scabies, so doch Reizzustände der Haut beim Menschen erzeugt zu werden.

Sitzung am 6. December 1887.

Herr Lewin stellt vor:

1. Einen Patienten mit Lepra tuberosa. Der Kranke, neunzehn Jahre alt, stammt aus einer Familie, in welcher auch nicht entfernteste Verwandte von Lepra befallen waren. Er ist in Galveston, am Golf von Mexico, geboren, woselbst kein Leprafall vorgekommen sein soll. In Gegenden, wo Lepra herrscht, ist er nie gereist. Hauptsächlich ist das Gesicht von Knoten besetzt, welche zum Theil eitrig zerfallen sind. Dasselbe gilt von den kleinen Knötchen auf der Schleimhaut des Velums. Eine Anzahl kleinster Knötchen findet sich auch im Irisgewebe. Auf Vola und Planta ist Xeroderma stark ausgeprägt. Vortragender will den Fall in der Berliner

medicinischen Gesellschaft vorstellen und dort auf die Details näher eingehen, enthält sich deshalb jetzt derselben und erwähnt nur, dass er die verschiedensten Mittel bisher ohne jeden Erfolg versucht hat, so auch Injectionen von Quecksilberpräparaten. Ebenso erfolglos war die von Unna empfohlene Therapie.

2. Einen Fall von papulösem Syphilid, welcher wegen der Intensität und hämorrhagischen Färbung des Exanthems besonderes Interesse bietet. Die Infection hat im Juli stattgefunden, die Sklerose besteht zur Zeit noch.

3. Eine Kranke mit auffallend ausgeprägtem Leucoderma syphiliticum. Vortragender legt zugleich Abbildungen seltener Art der Affection vor und bemerkt, dass ihm dieselbe häufig mit Erkrankungen des Uterus im Zusammenhang zu stehen scheine; bei Männern sehe man das Leukoderma bekanntlich äusserst selten. Die vorgestellte Patientin leidet an Parametritis

4. Stellt Herr Lewin einen Fall von Lichen syphiliticus vor, der fast über den ganzen Körper verbreitet ist und discutirt die Differentialdiagnose zwischen Lichen syphiliticus und vulgaris. Nachdem bei der Patientin Quecksilbercuren, ohne zur vollständigen Heilung zu führen, gebraucht worden waren, wurde diese durch Levico-Wasser in kurzer Zeit vollendet.

5. Eine ältere Frau, welche an einer eczemähnlichen Affection der Schamlippen leidet. In der Umgebung der Harnröhre finden sich Epithelverfettungen, wegen deren Patientin mit der Diagnose Syphilis ins Krankenhaus geschickt wurde. Die Localisation und Art der Erkrankung führte den Vortragenden schon bei der ersten Inspection zu der Vermuthung, dass es sich um Diabetes mellitus handle, was die Untersuchung des Urins bestätigte. Beim Manne hat er in Folge von Diabetes nicht allzuselten Phimose entstehen sehen, ja aus der Art derselben auf vorhandenen Diabetes geschlossen. Bei zwei solchen Patienten constatirte Professor Salkowski circa vier Procent Zucker. Die Kranken, sowie die sie bis dahin behandelnden Aerzte hatten von der Existenz des Diabetes keine Ahnung.

Herr Müller erinnert an einen Vortrag, welchen Oscar Simon auf dem Londoner internationalen Congress über Balanitis und Phimose bei Diabetikern gehalten hat; ähnliche Beobachtungen seien aber auch schon vor Simon gemacht und publicirt worden.

Herr Pinner fragt, ob es sich in dem vierten vorgestellten Falle nicht um einen Lichen scrophulosorum handeln könne; dies würde die Wirkung des Levico-Wassers eher erklären.

Herr Lewin erwidert, dass gegen einen Lichen scrophulosorum eine Anzahl Kriterien, so auch die Localisation spreche, auch zeige die Patientin keine anderen scrophulösen Erscheinungen. Ferner sei bei ihr das Leiden erst aufgetreten, nachdem andere Formen von Lues vorhergegangen waren.

6. Herr Lewin demonstrirt an einer Wandtafel, sowie an vorgelegten Präparaten und an einem Kranken die Entwickelung von Hodengeschwülsten. Zum Verständniss einzelner Hodentumoren sei vor Allem der embryonale „Wolff'sche Körper" zu berücksichtigen. Derselbe besteht, (wie in Abbildungen gezeigt wird) aus Generationsdrüse, Blinddärmchen, deren Ausführungsgang und dem Müller'schen Faden. Während bei der Entwicklung zum weiblichen Geschlecht die Generationsdrüse Ovarium, die Blinddärmchen Parovarium und der Müller'sche Faden Tuba wird, wandeln sich beim männlichen Geschlecht die Generationsdrüse zum Hoden, die Blinddärmchen zum Nebenhoden um. Der Müller'sche Faden, hier ohne functionelle Bedeutung, obliterirt nicht ganz, sondern residuirt mit seinem Anfangsstück, einem Kölbchen, welches einen kleinen Tumor bildet, den

man, wenn auch sehr willkürlich, „Morgagni'sche Hydatide" benannt hat. Neben dieser findet man aber noch andere ähnliche, cystenartige Geschwülste, welche man entweder als cystenartig erweiterte Vasa efferentia des Nebenhodens oder als rudimentäre Reste der Blinddärmchen ansehen muss. Eine grosse Anzahl Anatomen und Physiologen haben sich mit der Deutung dieser Gebilde beschäftigt, so namentlich Kobelt, Luschka, Becker, Rokitansky und Roth, widersprechen sich aber in ihren Ansichten. Als Resultat seiner vielfachen Untersuchungen stellt der Vortragende Folgendes auf: 1. Die Eintheilung der Hydatiden in „gestielte" und „ungestielte" der Autoren ist willkürlich und werthlos. 2. Die Hydatiden zerfallen vorzüglich in zweierlei Arten. Die eine ist mit Pflasterepithelium überzogen, enthält aber im Inneren einen Canal mit Flimmerepithel. Die andere Art, mit Cylinderepithel überzogen, zeigt im Inneren Höhlungen mit Flimmerepithel. Diese letzteren Cysten sind höchst wahrscheinlich Reste des Müller'schen Fadens; die ersteren dagegen entweder ektatisch erweiterte Samencanälchen oder Rudimente derselben.

Der Vortragende geht auf die durch diese Cysten entstehenden grösseren Tumoren und namentlich die Spermatocelen ein. Die Differentialdiagnose sei von um so grösserer Bedeutung, weil sie allein die Indication für die richtige Therapie, eventuell Operation leiten könne. — Zur Illustration wurden eine Anzahl Präparate vorgezeigt. (Eine grössere Arbeit über dieses Thema erscheint demnächst in dem Archiv für Dermatologie und Syphilis.)

Sitzung am 3. Jänner 1888.

1. Herr Saalfeld stellt einen Fall von Lichen ruber linguae et penis vor. Derselbe zeichnet sich dadurch aus, dass nur die Zunge befallen, die übrige Mundschleimhaut frei geblieben ist. Der Kranke wurde mit Arseninjectionen behandelt und zeigte nach drei Wochen eine auffallende Besserung.

Auf die Frage des Herrn Pinner, ob Lichen ruber der Mundschleimhaut häufig sei, erwidert Herr Köbner, dass sowohl die frühere Annahme, er komme selten vor, als auch der Ausspruch Crocker's, die Betheiligung der Mundschleimhaut sei eine sehr häufige, irrig sei; er selbst habe unter 52 Fällen siebenmal auch die Schleimhaut des Mundes erkrankt gesehen.

2. Herr Oestreicher stellt aus der Lassar'schen Klinik ein vierzehnjähriges Mädchen vor, das im Anschluss an die Revaccination zu Weihnachten 1886 erkrankte. Es bekam einen pustulösen, stark juckenden Ausschlag, der von der Nase beginnend, sich über Gesicht und beide Arme erstreckte. Vortragender schliesst Impetigo contagiosa, Lupus, Impetigo herpetiformis, sowie mit Wahrscheinlichkeit auch Syphilis aus, trotzdem nach 21 Inunctionen à 3·0 eine auffallende Besserung eingetreten sei und lässt die Diagnose in suspenso.

Während Herr Lassar darauf aufmerksam macht, dass in diesem Falle ein Jahr zwischen der Erkrankung und der Revaccination gelegen habe, erwähnt Herr Köbner, dass er häufiger Fälle von allgemeinen Hautausschlägen nach Revaccination beobachtet habe; in dem vorgestellten Falle sei aber augenblicklich wegen einer in Folge therapeutischer Massnahmen hervorgerufenen Dermatitis eine Diagnose nicht zu stellen.

3. Herr Köbner stellt einen neunundzwanzigjährigen Maurer vor, der seit dem Jahre 1881 inficirt, zweimal, im Jahre 1882 und 1883 mit Sublimatinjectionen behandelt worden ist und ausserdem wegen auftretender Geschwüre Zittmann (25 Tage à 500 Gr.) genommen hat. Ausserdem war

noch Jodkalium verordnet worden. Während der Patient sonst gesund aussieht, einen vollen Haarwuchs zeigt und nur eine Lockerung des Zahnfleisches darbietet, zeigt sich am linken Oberschenkel ein ausgebreitetes, serpiginöses, klein ulceröses Syphilid, eine alte Schwellung und Verhärtung beider Hoden und Nebenhoden (Orchitis, Epididymitis und Periorchitis), sowie eine Anzahl tertiär syphilitischer Narben an der Glans. Vortragender bezieht die Hodenaffection aber nicht auf die Syphilis, sondern auf ein im zwölften Lebensjahre vorangegangenes Trauma, nach welchem die Hoden sehr schmerzhaft anschwollen; zugleich macht er auf eine tätowirte Stelle am Arme des Patienten aufmerksam, die stellenweise, wie aus den Narben ersichtlich ist, geschwunden sei.

Herr Lewin fasst den vorgestellten Fall anders auf, insofern, als er die Hodenaffection als eine specifische ansieht, wofür die Doppelseitigkeit, welche wohl nicht leicht durch ein Trauma stattfinden könne, sowie die charakteristisch knotige Form und die hauptsächliche Erkrankung der Testes selbst spreche, ferner hält er die Narbe an der Glans für den Locus infectionis, der in Gestalt eines phagedänischen Ulcus sich dargestellt habe, welches bisweilen von galoppirender Syphilis gefolgt werde. Die Resorption des Farbstoffes an der tätowirten Stelle habe mit der Krankheit nichts zu thun, da derartige Tätowirungen mit der Zeit mehr oder weniger schwinden können, und der Farbstoff sich alsdann in den Drüsen ablagert.

Während Herr Köbner die zweifellos traumatische Ursache der Hoden- und Nebenhodenaffection nochmals hervorhebt, knüpft sich an diesen Fall noch eine längere Discussion, zum Theile angeregt durch eine Frage des Herrn Lassar, ob es möglich sei, gonorrhoische von specifischen Residuen bei Hodenerkrankungen differentialdiagnostisch auseinander zu halten, an der sich die Herren Köbner und Lewin betheiligen und welche sich hauptsächlich um die Frage der syphilitischen Erkrankungen des Nebenhodens dreht. Während Herr Köbner dieselbe nach der Arbeit Dron's sowie nach der Ansicht der neueren Wiener Schule, sowie nach seiner eigenen Erfahrung als zweifellos hinstellt, vertritt Herr Lewin den Standpunkt, dass die constitutionell syphilitische Nebenhodenerkrankung niemals der Locus classicus sei, sondern dass die Epididymis nur stets secundär erkranke, nachdem bereits der Hoden ergriffen sei. In gewiss hundert Fällen von selbst beobachteten Gummata des Hodens sei keine Nebenhodenaffection, jedenfalls nicht primär, aufgetreten. — Zugleich besteht eine Meinungsverschiedenheit zwischen den Herren Köbner und Lewin über die Häufigkeit der Combination von serpiginöser Syphilis und Hodenaffection, die ersterer für nicht so selten, letzterer für selten hält.

4. Herr Köbner stellt den von Herrn Block aus Köbner's Poliklinik in der Sitzung vom 1. März vorgestellten Fall von destruirender Nasen- und Rachensyphilis wieder vor. Der Fall ist abgelaufen. Die äussere Form der Nase ist ganz, der Vomer zum Theil erhalten, das knorpelige Septum fehlt völlig, Velum und hintere Rachenwand sind fast vollständig verwachsen. Die Sprache ist gut.

Sitzung am 7. Februar 1888.

1. Herr Isaac stellt aus Lassar's Klinik ein sieben Monate altes Kind mit braunrothem Fleckenexanthem vor, welches zunächst für ein syphilitisches gehalten werden konnte, zumal es auch auf Handtellern und Fusssohlen vorhanden war und sich multiple Drüsenanschwellungen fanden. In den nächsten Tagen stellte es sich indess heraus, dass die Flecke Residuen von Urticariaquaddeln darstellten und dass es sich also um eine Urticaria pigmentosa handelte.

Herr Behrend meint, dass nach seinen Erfahrungen die Urticaria pigmentosa häufiger vorkommt, als man nach den Mittheilungen in der Literatur glauben sollte und hält die Ansicht Pick's für plausibel, dass es sich bei ihr um eine gewöhnliche Urticaria, verbunden mit Hämorrhagien, handle. Dafür, dass zwischen beiden kein principieller Unterschied bestehe, spreche auch die von ihm selbst gemachte Beobachtung, dass die Urticaria pigmentosa unter Umständen auch nach der Vaccination unter ganz denselben Verhältnissen vorkommt, wie gewöhnliche Urticaria.

Herr Lewin bemerkt, dass bei der Urticaria pigmentosa selbstverständlich eine Blutung eingetreten sein müsse, da ja das Pigment eben nur aus dem Blute entstehe,

2. Herr Isaac stellt ferner ein Kind von sechzehn Monaten mit Lichen ruber vor; abgesehen von einem Falle Kaposi's, hat er in der Literatur keine Beobachtung dieser Krankheit gefunden, welche sich auf ein gleich jugendliches Alter bezieht. Er betont nochmals das in Lassar's Klinik auffallend häufig constatirte Vorkommen von Lichen ruber bei Personen, die mit Leder zu thun haben; auch das vorgestellte Kind gehört zu einer Schuhmacherfamilie.

Herr Behrend ist der Meinung, dass man mit Rücksicht auf die Annahme einer Infection doch wenigstens einen Unterschied zwischen gegerbtem und nicht gegerbtem Leder machen müsse. Dass das erstere irgend welche Infectionskeime enthalte, sei wenig wahrscheinlich, auch kommen mit diesem die meisten Menschen Tag für Tag in Berührung.

3. Herr Lewin stellt einen jungen Mann mit einem ausserordentlich intensiven und ausgedehnten Fleckenerythem vor, das nach Einreibung mit einer Salbe, welche Patient gegen einen Bubo gebraucht hatte, aufgetreten ist. Das Centrum vieler Flecke zeigt Schuppung, stellenweise finden sich auch hie und da Hämorrhagien. Um welche Salbe es sich in diesem Falle handelte, konnte vorläufig nicht sicher festgestellt werden, doch behauptet Patient bestimmt, dass dieselbe nicht Quecksilber, wohl aber Jod enthalten habe.

Herr Pinner hat ein ähnliches, vielleicht noch schwereres Exanthem in Lassar's Klinik nach Einreibung mit Quecksilbersalbe,

Herr H. Heymann ein solches nach Gebrauch von unreinem Lanolin gesehen.

4. Herr Lewin demonstrirt ferner eine Patientin mit Acne syphilitica. Die Efflorescenzen fallen durch ihre hellrothe, von der gewöhnlichen braunrothen Tingirung syphilitischer Krankheitsproducte sehr abweichende Färbung auf. Zwischen den Knoten dieser Acne syphilitica hat sich in Folge von Jodgebrauch noch eine Jodacne gebildet, welche sich scharf von der syphilitischen Acne unterscheidet. Der Vortragende bespricht des Näheren die oft schwer zu lösende Differentialdiagnose.

5. Herr Lewin stellt endlich eine Kranke mit Erythema nodosum der Unterschenkel vor, welche mit der falschen Diagnose einer Periostitis gummosa auf seine Abtheilung kam. Der Vortragende bemerkt, dass Verwechslungen des Erythema exsudativum mit anderen Krankheiten, so mit Variola, Gelenksrheumatismus, Typhus, Endocarditis, Diphtherie nicht gar zu selten vorkommen und belegt dies durch Beispiele.

6. Herr Hoffmann: Ueber Calomelinjectionen bei Syphilis. Vortragender bespricht zunächst kurz die Geschichte der Calomelinjectionen, ihre Wiederaufnahme in neuester Zeit durch Neisser und berichtet dann über seine eigenen Erfahrungen. Er hat 16 Patienten mit je sechs Einspritzungen behandelt, im Ganzen also 96 Calomelinjectionen gemacht. Schmerzen waren unmittelbar nach der Einspritzung so gut wie gar nicht vorhanden, traten aber am zweiten bis dritten Tage recht intensiv auf.

Infiltrate blieben nie aus; sie begannen meist mit leichtem Schüttelfrost und Fieber, die Patienten fühlten sich in den nächsten Tagen sehr matt und waren nahezu arbeitsunfähig. Fünf Mal entstanden auch Abscesse und zwar namentlich bei Leuten mit stärker entwickeltem Panniculus adiposus, bei denen auch die Infiltrate regelmässig bedeutender waren, als bei mageren Personen. Wenn Neisser und Reinhardt ihre, bezüglich der Nebenerscheinungen besseren Erfolge auf die Methode der Injectionen (strenge Antiseptik, Gebrauch langer Nadeln, Wahl der Oertlichkeit für die Einspritzungen u. dgl.) zurückführen, so muss Vortragender dem gegenüber betonen, dass er alle diese Cautelen ebenfalls sorgfältig beobachtet hat. Was die Wirkung der Calomelinjectionen betrifft, so war dieselbe allerdings eine sehr eclatante. Unter den 16 Fällen waren neun mit den gewöhnlichen secundären Erscheinungen, welch letztere schon nach der zweiten Injection fast geschwunden waren; in den übrigen, schwereren Fällen, in denen es sich um ulceröse Syphilide, um Psoriasis palmaris u. dgl., handelte, waren vier bis fünf Einspritzungen nöthig. Wenig günstig erwies sich die Methode bei Zungenaffectionen, da die Plaques leicht in Ulceration übergingen. Vielleicht hänge das damit zusammen, dass überhaupt leicht Stomatitis nach den Injectionen eintritt; der Mundpflege sei deshalb von vorneherein grosse Aufmerksamkeit zuzuwenden. In acht Fällen trat auch Dysenteria mercurialis ein, bei einer Person in ziemlich heftigem Grade und nach jeder einzelnen Injection. Sein Gesammturtheil über die Calomelinjectionen fasst Vortragender dahin zusammen, dass ihre Wirkung eine intensive sei, dass aber die heftigen Nebenerscheinungen zu vorsichtigem Gebrauch mahnen.

Herr Lassar bemerkt, dass Smirnoff der Erste gewesen sei, welcher die Scarenzio'schen Calomelinjectionen in neuerer Zeit wieder empfohlen hat.

Die weitere Discussion über den Vortrag wird hierauf auf Antrag des Herrn Lewin vertagt.

7. Herr Posner legt makro- und mikroskopische Präparate von einer hochgradigen Strictur der Harnröhre vor. Der betreffende siebzigjährige Patient hatte seit etwa dreissig Jahren an derselben gelitten, schliesslich eine Harnfistel am Damm, sowie eine schwere Cystitis bekommen und war der letzteren erlegen. Die Section ergab an der stricturirten Stelle sehr starke callusartige Verdickung des Bindegewebes und völlige Verödung der Schwellkörper, ferner eine Balkenblase ziemlich hochgradiger Art und in den von den Muskelbündeln gebildeten Divertikeln Phosphatsteine, deren bedeutendster, wallnussgrosser, eine deutliche, durch den Rand des Divertikels erzeugte halsartige Einschnürung zeigte. Mikroskopisch interessirte namentlich das Verhalten des Epithels an der Stelle der Strictur. Zum Vergleiche hat Vortragender ein Präparat von einer normalen Schleimhautstelle aufgestellt. Das letztere lässt geschichtetes Pflasterepithel erkennen, das aber nur aus wenigen Schichten besteht. An der Stelle der Strictur erhält man nicht blos den Eindruck eines hypertrophischen Pflasterepithels, sondern man sieht auch eine deutliche Differenzirung in eine untere Lage von mehr cylindrischen und rundlichen Zellen (Stachelzellen) und eine obere, scharf, ohne jeden Uebergang sich absetzende Schicht, die Vortragender als Stratum lucidum deutet. — Um auch das Epithel der menschlichen Blase an Schnittpräparaten studiren zu können, was für gewöhnlich durch die in der Leiche äusserst rasch auftretende Maceration verhindert wird, liess Vortragender die Harnblase etwa eine halbe Stunde nach dem Tode mit absolutem Alkohol füllen. Das Epithel (Cylinderzellen, darüber Plattenepithel) bleibt dann, wie ein aufgestelltes Präparat zeigt, vortrefflich erhalten. Auf der Schleimhaut der an eitriger Cystitis erkrankten Blase, ist dagegen, trotzdem die gleiche

Methode der Conservirung angewendet wurde, vom Epithel nichts mehr zu sehen.

Herr Lewin macht einige Bemerkungen über das Epithel der Urethra.

Sitzung am 6. März 1888.

1. Herr Blaschko demonstrirt Präparate von Molluscum contagiosum, die von Gesicht und Brust eines einjährigen Kindes entstammen. Die Geschwulst geht nach seiner Ansicht vom Rete aus. Cylinder- und Stachelzellenschicht sind normal, dann findet in der Körnerschicht ein Anschwellen der Zellen statt, in der Peripherie zeigt sich eine Zunahme des Keratohyalin (Waldeyer). Das Molluscumkörperchen selbst ist ein Theil des degenerirten Zellinhaltes + Zellkern und zwar zeigt dasselbe die von Recklinghausen angegebenen chemischen Reactionen des Hyalins. Später wird der Kern plattgedrückt und die Hornsubstanz oberhalb des Molluscumkörperchens zeigt dieselbe hyaline Entartung.

Herr Lewin stimmt den Ausführungen des Herrn Blaschko zu; er hat bereits vor $1^1/_4$ Jahre seine Präparate der Charitégesellschaft demonstrirt, in welcher er die hyaline Degeneration als charakteristisch für das Molluscum contagiosum nachwies. Was die Frage nach dem Wesen des Stratum granulosum betrifft, so hat er schon vor längerer Zeit dargethan, dass diese Schicht aus Cholestearin besteht, darstellbar durch die Reaction mit Essiganhydrit und Schwefelsäure. Auch Prof. Salkowski habe sich davon überzeugt.

An der Discussion betheiligen sich noch die Herren Behrend und Benda.

2. Herr Lewin stellt einen Patienten vor, der sich vor zwei Jahren mit Syphilis inficirt hat. Derselbe zeigt jetzt harte Knoten der Nebenhoden, zugleich aber auch einen kleinen, harten Tumor der Prostata. Da Gummata in letzterer kaum vorkommen, so hält Vortragender die Affection der Nebenhoden und der Prostata für eine tuberculöse. In solchen Fällen werden allmälig Blase, Nieren und Lungen secundär ergriffen — wie er mehrfach gesehen und wie dies auch von Anderen, so namentlich von Orth, beschrieben worden ist.

Auf die Frage des Herrn Hoffmann, ob nicht bei Tuberculose Schmerzhaftigkeit vorhanden sei, erwähnt Herr Lewin, dass er selbst fünf Fälle von Tuberculose der Prostata beobachtet habe, von denen drei, bei denen allerdings eine Schmelzung des Knotens eingetreten war, sehr schmerzhaft waren.

Herr Lewin erwähnt dann noch, dass solitäre Gummiknoten im Nebenhoden nicht vorkommen; unter, zu diesem Zweck von ihm nachgelesenen und auch von Virchow durchgesehenen, 19—20.000 Sectionen des hiesigen pathologischen Institutes waren zwei zweifelhafte Fälle vorhanden und es gibt keinen Autor, der autochthone Gummata, ohne Betheiligung der Hoden, im Nebenhoden bestimmt nachgewiesen habe. Dron spricht von interstitieller syphilitischer Orchitis, nicht von gummöser. Auch mehrere von ihm direct befragte Autoritäten der neueren Wiener Schule seien seiner Ansicht, so z. B. Neumann und Pick.

3. Herr Boer stellt einen achtundzwanzigjährigen Strumpfwirker vor, der sich im November vorigen Jahres ein Ulcus durum zugezogen hatte und bei dem trotz Calomelinjectionen eine Zunahme der Secundärerscheinungen eintrat. Nach vier Injectionen zeigte sich ein Abscess der hinteren Pharynxwand.

Ferner stellt Herr Boer einen Syphilitiker vor, bei dem nach Schmiercur und Jodkalium sich eine Anzahl kreisrunder Efflorescenzen am Körper zeigte, bei denen der Vortragende Pilze nicht finden konnte.

Herr Lewin hat einen ähnlichen Fall bei einer Dame gesehen, der als Erythema urticatum gedeutet wurde.

4. Herr O. Rosenthal hält einen Vortrag über Photoxylin.

Dasselbe ist von Krysinski eingeführt worden und unterscheidet sich von der Collodiumwolle durch seine Lösungsverhältnisse in Alkohol und Aether (s. Therap. Monatshefte, April 1888). Vortragender gebrauchte eine fünfprocentige Lösung, die er vorschlägt Photoxylinum solutum zu nennen, ein Photoxylin. elasticum, nach Analogie des Collodium elasticum, wobei auf 50 Theile Photoxylin 1 Theil Ricinusöl kommt und ein doppelt elastisches Photoxylin. das eine vierprocentige Beimischung von Ol. Ricini enthält. Das Photoxylin. solutum übt eine stark contrahirende Wirkung aus, das elastische Photoxylin bildet eine glatte Decke, die nicht brüchig ist und sich Tage lang hält. Ferner verwendete Vortragender eine zehnprocentige Jodoformlösung theils direct, theils indirect auf Gaze oder Watte, und zwar bei Hautwunden, bei Erythema ex frigore, bei cauterisirten lupösen Flächen, zum Decken der Stichöffnungen der bei Lues gemachten Injectionen, bei Furunkeln. Pyrogallussäure und Sublimat lösen sich gut in Photoxylin; Chrysarobin bleibt ungelöst. Auch zu mikroskopischen Zwecken dürfte sich das Präparat verwendbar zeigen.

Herr Pinner möchte dem Photoxylin bei der Anfertigung mikroskopischer Präparate deshalb einen Vorzug vor dem Celloidin einräumen, weil es sich in Alkohol-Aether löst.

Sitzung am 1. Mai 1888.

Dem Protokolle der vorigen Sitzung wird folgendes Schreiben des Herrn Köbner, betreffend die Discussion über Syphilis des Nebenhodens beigefügt:

„In der Debatte, welche sich an meine Krankenvorstellung im Jänner d. J. anschloss, habe ich nur die Existenz einer syphilitischen Epididymisaffection überhaupt — welche Herr Lewin, soviel ich verstand, in Abrede stellte — als ein sowohl mir persönlich, als in der Literatur seit Dron bekanntes und auch von der jüngeren Wiener Schule (im Gegensatz zu Sigmund) anerkanntes Vorkommniss behauptet, hingegen gar nicht speciell von gummöser Epididymitis gesprochen. Insoferne gegen letztere in der letzten Sitzung, der ich auch nicht beiwohnen konnte, gesprochen und eigene oder auswärtige Angaben angeführt sein sollten, wären solche hiernach gegenstandslos. In dem damals von mir gemeinten grossen Lehrbuch von H. und M. Zeissl, sowie in dem Compendium von Finger findet sich die Epididymitis syphilitica ebenso erwähnt, wie sie namentlich in Bäumler's Arbeit (in Ziemssen's Sammelwerk), unter Hinweis auf vier oder fünf verschiedene Beobachter derselben aufgeführt ist.

Was endlich den von mir demonstrirten Fall selbst betrifft, über welchen ich spätere Mittheilungen bezüglich des Verlaufes der von mir als alte, fibröse Reste einer vor der syphilitischen Infection längst abgelaufenen traumatischen Orchitis und Epididymitis aufgefassten Affection in Aussicht stellte, so haben sich diese Reste trotz energischer localer und Allgemeinbehandlung nicht im geringsten verändert, während das umfangreiche, serpiginöse Hautsyphilid am Oberschenkel schon in den ersten Wochen der Behandlung geheilt war."

1. Herr Rosenthal stellt einen neunundzwanzigjährigen Mann mit Acne varioliformis vor, welche dadurch besonderes Interesse bietet, dass sie nicht auf die Stirnhaargrenze beschränkt, sondern über den ganzen behaarten Kopf verbreitet ist. Therapeutisch hat Vortragender mit einer Salbe aus Resorcin und Borsäure āā 2·0, Vaselin 20·0 vorzügliche Erfolge erzielt.

Herr Isaac rühmt die Behandlung mit Arsen innerlich, der Naphtolpasta Lassar's äusserlich.

Herr Lassar bestätigt die günstige Wirkung des Arsens; an behaarten Stellen empfehlen sich äusserlich Krankenheiler Seife, Sublimatlösung und Salicylöl. Sehr häufig werde die A. varioliformis mit Syphilis verwechselt, wofür er ein eclatantes Beispiel anführt.

Herr Rosenthal hat in dem vorgestellten Falle auch Salicylöl gebraucht, doch löst seine Salbe viel besser die Krusten, und die Restitution erfolgt unter ihr schneller.

2. Herr Rosenthal demonstrirt einen sechsundzwanzigjährigen Maschinenbauer, der sich vor zwei Jahren syphilitisch inficirte und damals, sowie ein Jahr später, wegen eines Recidivs Inunctionen brauchte. Im Februar d. J. kam Patient, welcher röthliche Haare, eine sehr zarte Haut und Neigung zu artificieller Urticaria hat, zum Vortragenden mit Rhagaden am Anus und Plaques an der Zunge; schon damals fielen bei ihm auf beiden Nates kleine, symmetrisch vertheilte, weisse, auf hyperpigmentirter Basis sitzende, rundliche oder unregelmässige Flecke auf, welche seitdem unverändert geblieben sind. Es sind keine Narben, auch haben an den entsprechenden Stellen keinerlei andere Efflorescenzen gesessen; subcutane Injectionen hat Patient niemals bekommen. Dass die Flecke als Leucoderma syphiliticum aufzufassen seien, hält Vortragender nicht für wahrscheinlich; die Localisation spreche jedenfalls nicht dafür.

Herr Heymann glaubt, dass es sich vielleicht um Striae atrophicae handle, die nicht blos bei schwangeren Frauen vorkommen.

Herr Lassar meint, dass in diesem Falle die Localisation wohl nicht gegen die Annahme einer syphilitischen Erscheinung spreche, regt aber die Frage an, ob die Anwesenden das Leucoderma syphiliticum für pathognostisch halten.

Herr Isaac sieht in der Pigmentanomalie ein Analogon zu den Epheliden, welche auch vorzugsweise bei Personen mit zarter Haut und röthlichem Haar vorkommen.

Herr Müller dachte wie Herr Heymann zuerst an Maculae atrophicae; er sah solche kürzlich in grosser Ausdehnung an den Oberschenkeln eines sonst gesunden Mannes. — Dass das Leucoderma syphil. nicht nur am Nacken vorkomme, werde von verschiedenen Autoren z. B. Poensgen ausdrücklich angegeben.

Herr Rosenthal bezweifelt das letztere durchaus nicht und meinte nur, dass die Flecke vorzugsweise am Nacken, an anderen Stellen immer nur ganz vereinzelt angetroffen werden. Im Uebrigen hält er das Leucoderma syph. für durchaus pathognostisch, so dass sein Vorhandensein für die Diagnose der Lues genüge. Dagegen bestreitet er, dass die leukodermatischen Flecke immer, wie Neisser behauptet, aus vorausgegangenen Efflorescenzen entstehen. Der letzteren Ansicht schliessen sich auch die

Herren Heymann und Margoniner unter Mittheilung specieller Fälle an, ebenso

Herr Lassar, der aber bezweifelt, dass das sogenannte Leucoderma syphil. durchaus specifisch sei; offenbar beruhe es auf einer Gewebszerstörung in der Haut, die wohl auch unter anderen Verhältnissen in derselben Weise vorkommen könne.

3. Herr Saalfeld: Therapeutische Mittheilungen. Vortragender hat zunächst das Menthol in der Dermatotherapie zu verwerthen gesucht. Er fand einen drei-, fünf- bis sechsprocentigen Mentholspiritus bei Pruritus viel wirksamer, als Carbol- und Salicylsäurelösungen. Ebenso wirkte Menthol-Lanolinsalbe, namentlich bei Pruritus senilis, sehr günstig. Ein vorgestellter achtundvierzigjähriger Mann, welcher seit zweieinhalb Jahren an einem

Pruritus aus unbekannter Ursache litt, wurde durch den Gebrauch der genannten Salbe geheilt. — Bei einigen alten, infiltrirten Eczemen schien eine zwölf- bis fünfzehnprocentige Mentholsalbe geradezu eine specifische Wirkung zu üben.

Salol wurde vom Vortragenden ebenfalls vielfach in Form einer fünfprocentigen Salbe angewandt, mit besonderem Nutzen, z. B. bei Impetigo contagiosa und bei Eczem mit starker Eiterabsonderung. Bei einem Mann mit alter, Jahre lang vergeblich behandelter Sycosis parasitaria führte die folgende Salbe zu einem sehr günstigen Resultate:

Kali carbon. 1
Ol. Olivar. 10
Zinc. oxyd.
Amyl. āā 15
Salol 5
Schwefel 6
Lanolin ad. 100

Resorcin hatte in der von Rosenthal angegebenen Salbencomposition mit Borsäure gute Erfolge. Ausserdem wurde es mit Nutzen in zehn- bis fünfzehnprocentigen Salben bei reizbarer Haut statt des Theers angewandt.

Perubalsam zeigte sich, zu 20 bis 30 Procent anderen Salben, z. B. Wilson'scher, zugesetzt, bei verschiedenen Hautkrankheiten nützlich. Sehr wirksam erwies sich oft bei syphilitischen Hautaffectionen die Application einer Mischung von Ungt. praecip. rubr. und Ungt. cinereum āā.

Bei Acne leistete das amerikanische Emplastrum mercuriale gute Dienste.

Gegen Pediculi pubis ist Sublimatessig 1 : 300 ein bequemes und sicheres Mittel.

Endlich bemerkt der Vortragende, dass er in Uebereinstimmung mit Liebreich das Acid. arsenicosum durchgängig viel besser vertragen werden sah, als die Sol. Fowleri.

Herr Isaac constatirt, dass an Lassar's Klinik von Feibes mit dem Menthol angestellte Versuche als aussichtslos wieder aufgegeben wurden.

Herr Hoffmann hat Salol namentlich bei Cystitis sehr wirksam gefunden.

Herr Rosenthal hält das Emplastrum mercuriale bei Acne rosacea für gut angebracht, weniger bei Acne vulgaris, weil es hier leicht durch Verstopfung der Talgdrüsen zu neuen Acneknoten Veranlassung gebe. Resorcin fand er namentlich bei Erysipel und in zehnprocentigen Salben bei impetiginösen Kopf- und Gesichtseczemen der Kinder sehr dienlich.

Herr Lassar bestätigt die guten Wirkungen des Resorcins namentlich bei Sycosis, wo auch stärkere, zehn- bis fünfzehnprocentige Salben, gut ertragen werden.

Herr Saalfeld hat dagegen in mehreren Fällen von Sycosis parasitaria unter dem Gebrauche stärkerer Resorcinsalben Furunkel entstehen sehen.

Herr Isaac macht darauf aufmerksam, dass man nur darauf achten müsse, dass die Apotheker nicht, wie sie es gern thun, die Salben und Pasten mit einem Zusatz von Spiritus bereiten. Vielleicht habe auch in den Saalfeld'schen Fällen das als Salbengrundlage benützte Vaselin deletär gewirkt; mit Zinkoxyd und Amylum werde das Resorcin immer gut vertragen.

Sitzung am 5. Juni 1888.

1. Herr Lewin stellt einen Patienten mit einem Defect des knorpeligen Theiles der Nase bei völliger Intactheit des knöchernen, sowie der Weichtheile vor. Anamnestisch ergibt sich, dass Patient vor achtzehn Jahren blos eine Gonorrhöe, dann einen Schanker mit folgendem rechtsseitigen, abscedirenden Bubo gehabt hatte. Sonstige Ansteckung oder Erscheinungen sind nicht dagewesen. Nach mehrjährigem Schnupfen hat sich obiger Verlust, durch seine Begrenzung eigenthümlich, eingestellt. Therapeutisch hat Patient dreimal Inunctionscuren durchgemacht. Der Vortragende bespricht die Differentialdiagnose, namentlich zwischen Syphilis, Lupus und Tuberculose. Bacillen wurden nicht aufgefunden.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Lassar, Rosenthal, Pinner, die den syphilitischen Ursprung der Affection vermuthen.

2. Herr Lewin stellt einen vierundzwanzigjährigen Patienten mit Syphilis vor, der in seinem dritten Lebensjahre wegen Heiserkeit tracheotomirt wurde. Derselbe trägt seitdem, also seit einundzwanzig Jahren, eine Canüle. Aber auch ohne diese kann er ganz gut athmen. Der Fall ist insofern bemerkenswerth, als er zeigt, dass eine Trachealfistel so lange bestehen kann, ohne dass irgendwie Trachea, Bronchien oder Lungen afficirt würden.

3. Herr Lewin stellt einen Fall von Tuberculose des Nebenhodens vor. Die Diagnose wird durch den charakteristischen Sitz, die Form, den Verlauf und durch die gleichartige Erkrankung der Lungen bestätigt. Seit einigen Wochen besteht ein knotiges Exanthem am Körper, das in Kreisform aufgetreten ist und für syphilitisch angesehen werden kann. Es handelt sich also hier um Combination von Syphilis und Tuberculose.

Im Anschlusse an diesen Fall entwickelt sich eine Discussion über den Werth des Emplastrum mercuriale, den Herr Lassar nicht anerkennt, während Herr Rosenthal und Herr Lewin diesem Pflaster einen gewissen Werth beilegen.

4. Herr Margoniner stellt unter der Diagnose: Herpes tonsurans maculosus aus der Rosenthal'schen Poliklinik ein Mädchen von acht Jahren vor, das seit ungefähr vierzehn Tagen auf den Extremitäten, und zwar den unteren zuerst, blassrosa Flecke von Kreisform zeigte, die sich in ihrer Peripherie vergrösserten, während sich das Centrum involvirte. Die mikroskopische Untersuchung ergab den Beweis der parasitären Natur der Affection: es werden Präparate, die spärliche Mycelfäden und zahlreiche Gonidien enthalten, demonstrirt.

Im Anschlusse betont Herr Rosenthal, dass dieser Fall ihm wiederum beweise, dass der Standpunkt der Wiener Schule der richtige zu sein scheine. Dieselbe leugnet bekanntlich die Existenz der Pityriasis rosea, hält diese vielmehr mit dem Herpes tonsurans maculosus et squamosus für identisch. Auch dieser Fall, seine langsame Evolution, seine nur beschränkte Localisation sprachen gegen die parasitäre Natur des Leidens, bis das Mikroskop die ätiologische Anwesenheit der Pilze zeigte. Nur scheint Rosenthal die Identität des Trichophyton tonsurans mit dem Pilz des Herpes tonsurans maculosus noch nicht genügend klar gelegt.

Herr Lewin will den Fall so charakteristisch finden, dass man denselben auch ohne Mikroskop für einen Herpes tonsurans squamosus angesprochen haben würde.

5. Herr Rosenthal stellt einen Fall von Syphilis maligna vor; derselbe betrifft einen Postbeamten von fünfundzwanzig Jahren, der sich im Februar 1886 inficirte. Seit dieser Zeit ist er beständig in Behandlung,

da er Recidiv nach Recidiv bekam. Seine erste Erscheinung war ein pustulöses Syphilid; dann traten trockene und nässende Papeln auf, am Anus, am Mund, zwischen den Zehen und Fingern, Psoriasis palmaris und plantaris mit starker Schwielenbildung und ausserordentlicher Hartnäckigkeit, tiefe Gummata an den Unterschenkeln, intercurrent Schwindelanfälle, Plaques am weichen Gaumen etc. Die Behandlung bestand in Calomelinjectionen (6), Inunctionen zu verschiedenen Malen, Jodkalium in steigenden Dosen, Jodeisen allein oder mit Calomel, Hydrarg. oxydat. tannic., Hydrarg. jod. flav. etc. neben beständig fortgesetzter localer Behandlung der Affectionen. Die letzte Erscheinung bestand in einer weisslichen Verfärbung des Zungenrückens, einer Verdickung des Epithels, sowie einer warzenähnlichen Hyperplasie der Papillae filiformes. Patient hat gegen diese Erscheinungen vier Injectionen von Hydrarg. oxyd. flav. in Oel nach dem Vortragenden erhalten. Die Erscheinungen an der Zunge haben sich zurückgebildet; örtliche Infiltrationen an den Injectionsstellen sind nicht vorhanden.

Hieran schliesst sich eine Discussion über die Methode der Injectionen, an der sich die Herren Lewin, Isaac, Lassar und der Vortragende betheiligen. Dieselbe wird wegen vorgerückter Zeit nicht beendigt.

Sitzung am 3. Juli 1888.

1. Herr Köbner stellt eine achtundfünfzigjährige Frau vor, welche vor zwei Jahren mit einer, damals seit eilf Jahren bestehenden syphilitischen Muskelerkrankung zu ihm kam. Der linke M. sterno-cleido-mastoideus zeigte sich in seiner ganzen Länge ergriffen, besonders stark in seiner Portio sternalis, weniger in der Portio clavicularis und bildete einen prall gespannten, stark vorspringenden, auf Druck mässig schmerzhaften Muskelbauch. Spontane Schmerzen, insbesondere bei Nacht, waren nicht vorhanden. Seit langer Zeit bestand ein geringer Grad von Caput obstipum. Der rechte M. sternocleido-mastoideus war nur in seinem unteren Drittel erkrankt und bildete hier ebenfalls einen starken Strang, der nach oben allmälig ins Normale überging. Es fanden sich ferner bei der Kranken syphilitische cutane und subcutane Knoten am Unterkiefer und um die Ansätze der beiden Muskelköpfe des Sterno-cleido-mastoideus, über der linken Spina scapulae und über der einen Patella, ausserdem Perforation des Septum cartilagineum der Nase. Alle diese Affectionen waren so langsam und schleichend entstanden, dass von einer eigentlichen Anamnese kaum gesprochen werden konnte. Die Kranke war seit zwanzig Jahren verheiratet und hatte neun lebende Kinder geboren. Der Mann gab an, dass er im Jahre 1865 einen weichen Schanker und vereiternde Inguinalbubonen, sonst aber keine weiteren Erscheinungen gehabt habe. Die Patientin wurde durch eine Schmiercur und den Gebrauch von Jodkalium in kleinen Dosen als Klysma (weil sie das Medicament in anderer Weise nicht vertrug) nach zwei bis drei Monaten geheilt und ist bis jetzt gesund geblieben.

2. Herr Saalfeld demonstrirt einen Mann, dem er im April vorigen Jahres in der Köbner'schen Poliklinik eine Warze von der Glans penis abgetragen hatte; die Exstirpationsstelle war dann galvanokaustisch geätzt worden. Im Jänner d. J. trat ein Recidiv ein, das seit März schnell an Ausdehnung zugenommen hat. Vortragender hat den Verdacht, dass es sich um eine maligne Geschwulst handelt und beabsichtigt einen Theil derselben zur Untersuchung zu exstirpiren.

Herr Köbner bemerkt, dass, da die Inguinaldrüsen noch nicht geschwollen seien, eine Operation gute Chancen biete; seien aber erst die Drüsen in Mitleidenschaft gezogen, so werde, wie er an zwei von ihm beobachteten Fällen erfahren hat, die Prognose sehr ungünstig.

Herr Lewin macht darauf aufmerksam, dass eine Schwellung der nächstgelegenen Lymphdrüsen an gewissen Localitäten oft vermisst werde, so bei Lippencarcinomen Schwellung der Submentaldrüsen, bei Affectionen der Finger der Cubitaldrüsen, auch bei solchen des Penis trete die Drüsenschwellung oft sehr spät auf. Das Fehlen einer solchen habe also in diesem Falle für die Diagnose keine so wesentliche Bedeutung.

Herr Köbner hat nur sagen wollen, so lange Drüsenschwellungen nicht vorhanden seien, könne man mit bester Aussicht operiren.

Herr Hadra meint, dass bei Lippencarcinomen nicht nur die Submaxillar-, sondern auch die Submentaldrüsen stets geschwollen seien.

Herr Behrend hat einen zweifellosen Fall gesehen, wo ein Lippencarcinom, das er zuerst für eine syphilitische Initialsklerose hielt, bereits zerfallen war, ohne dass Drüsenschwellungen gefühlt wurden. Gerade wegen des Ausbleibens der Lymphdrüsenschwellung musste man zu der Diagnose des Carcinom geführt werden, die auch nach der Operation durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde.

Herr Senger bemerkt, dass das Ulcus rodens gewöhnlich keine Drüsenschwellungen mache, dass solche aber eintreten, sowie die Geschwulst den anatomischen Charakter eines echten Carcinoms annehme. — An sich selbst hat er die Beobachtung gemacht, dass, so oft er sich bei Sectionen eine Infection an den Fingern zuzog, auch die Cubitaldrüsen anschwollen.

Herr Lewin hat bei syphilitischer Infection an den Fingern Schwellung der Cubitaldrüsen meist vermisst, dagegen Schwellung der Axillardrüsen regelmässig gefunden.

Herr Köbner hat ebenfalls beobachtet, dass bei Ulcus rodens der Glans penis die Infection der nächsten Lymphdrüsen weit später erfolgt, als bei anderen Carcinomen.

3. Der Antrag des Vorstandes: Die Protokolle der Sitzungen in Zukunft und schon vom 1. November 1887 an zu veröffentlichen wird angenommen.

4. Herr Lewin demonstrirt ein mikroskopisches Präparat von Endarteritis syphilitica, welches von einem Kranken stammt, der an Gehirnsyphilis starb und bei dem auch eine Lähmung des N. facialis, wie bei der sogleich vorzustellenden Patientin, vorhanden war. Es finden sich in dem Präparat in ausgedehnter Weise die Veränderungen der Gefässe, wie sie Heubner zuerst nachgewiesen hat. Entgegen aber dessen Ansicht, dass zuerst das Virus auf die Intima einwirke und hier die charakteristischen Veränderungen hervorrufe, weist Lewin nach, dass zuerst von den Vasa nutrientia die Zellen in die Adventitia eindringen, alsdann erst in die Media und zuletzt in die Intima. Die anfänglichen pathologischen Veränderungen der letzteren sind mehr Ernährungsstörungen durch die erwähnten Alterationen der Adventitia. Der Vortragende zeigt an dem Präparat verschiedene Formen der Endarteritis hyperplastica, desquamativa und obturans. Die Erkrankung der Membrana fenestrata war sehr erheblich.

5. Herr Lewin stellt ein Mädchen vor, welches wegen Lues mit Calomelinjectionen behandelt wurde und einige Zeit darauf eine Facialislähmung bekam. Der Fall ist dadurch eigenthümlich, dass, trotzdem die Untersuchung eine periphere Lähmung annehmen liess, dennoch Erscheinungen beobachtet wurden, welche nur für eine centrale sprachen, so namentlich die Betheiligung des Acusticus, mit dem der Facialis doch schon in den Canalis Fallopii eintrete. — Interessant ist auch, dass bei der Patientin gleichzeitig eine Roseola syphil. bestand.

Herr Köbner fragt, wann die Infection der Patientin stattgefunden hat.

Herr Saalfeld hat die Kranke im November vorigen Jahres mit einem pustulösen Syphilid in Behandlung gehabt.

Herr Lewin. Patientin bekam wegen breiter Condylome zwischen Ende November und Anfang Jänner drei Calomeleinspritzungen (sie hatte solche auch schon ausserhalb der Charité bekommen). Eine Art Lichen blieb noch längere Zeit zurück und wurde mit Arsenik behandelt. Im Februar hatte Patientin Schwindelanfälle und es stellte sich Schielen des linken Auges ein, das unter Jodkaliumgebrauch nach acht Tagen wieder zurückging. Die Facialislähmung soll Anfang März begonnen haben, in der Klinik wurde sie zuerst am 14. Juni beobachtet.

Herr Köbner fragt, ob die Kranke, wie dies bei solchen Recidiven meist der Fall sei, eine Roseola in Form von aus Scheiben hervorgegangenen Ringen gehabt habe. Gewöhnliche Roseola sei in solchen Fällen jedenfalls äusserst selten.

Herr Lewin verneint die Frage. Uebrigens sehe er die annuläre Form der Roseola relativ häufig, sie entstehe aber immer als solche und gehe nicht aus Scheiben hervor.

Herr Isaac stimmt dieser letzteren Ansicht zu.

Herr Köbner erwidert, dass man meist neben den Ringen auch Scheiben finde, was, ebenso wie die anatomischen Verhältnisse, für seine Auffassung von der Entstehungsweise der annulären Roseola aus Scheiben spreche.

Herr Lewin hebt hervor, dass bei den Kranken, die mit einer Roseola nach seiner Klinik kommen, sogleich eine Therapie eingeleitet werde, und hierbei niemals das Hervorgehen einer Roseola annulata aus einer gewöhnlichen beobachtet worden sei. Er macht zugleich auf eine Form dunkelblaurother Flecken bei tertiärer Lues aufmerksam, welche von einzelnen Autoren auch als Roseola beseichnet werde, die aber venöse Stasen darstelle, aus denen sich gummöse Infiltrate zu entwickeln pflegen.

6. Herr Oestreicher stellt ein von ihm bereits im vorigen Jahre gezeigtes junges Mädchen aus Lassar's Klinik noch einmal vor. Dasselbe litt damals an einem Ausschlage, der zunächst für einen syphilitischen gehalten und demgemäss behandelt wurde. Erst das Auftreten von kreisförmig angeordneten Bläschen auf den Flecken machte die Diagnose eines Erythema exsudativum wahrscheinlich. Die Patientin blieb dann, nachdem sie im Laufe einiger Wochen unter der Behandlung mit salicylsaurem Natron geheilt war, bis Mai d. J. gesund. Dann trat der Ausschlag wieder auf, welcher jetzt dasselbe Bild bietet, wie im vorigen Jahre. Abweichend von den gewöhnlichen Erscheinungen des Erythema exsudativum sind allerdings in diesem Falle die Localisation (Gesicht, Hals, Brust, Arme), die zurückbleibenden starken Pigmentirungen, das heftige Jucken und die lange Dauer.

In der Discussion, an der sich die Herren Lewin, Behrend und Köbner betheiligten, wird allseitig betont, dass es bei dem jetzigen, in der Abheilung begriffenen Zustande der Hautaffection nicht möglich sei, eine bestimmte Diagnose zu stellen.

7. Herr O. Rosenthal beabsichtigt, nachdem eine längere Zeit seit Einführung des Anthrarobin vergangen ist, durch einen Bericht über seine Erfahrungen eine allgemeine Discussion über diesen Gegenstand herbeizuführen. Zu diesem Zwecke stellt er drei von seinen Patienten vor, und zwar:

1. einen alten, von ihm vielfach behandelten Psoriatiker, der seit einiger Zeit einen erneuerten Ausbruch seines Leidens über den ganzen Körper hat; er steht seit acht Wochen in Behandlung. Der Oberkörper und die Arme wurden mit zwanzigprocentigem Anthrarobinspiritus, Kopf und Unterextremitäten mit Salicylvaseline behandelt, nebenbei gebrauchte

er Pillulae asiaticae. Der Erfolg des Anthrarobin in diesem Falle ist minimal, da die mit Salicylvaseline behandelten Theile glatter, von Schuppen freier sind; die Arsenwirkung ist eine universelle. Die Nebenwirkungen in diesem Falle waren: tief dunkelviolette Färbung der Wäsche, desgleichen violette Färbung der Nägel und Rothfärbung der Haare, nachdem Patient sich mit dem Badewasser einmal den Kopf gewaschen hatte;

2. einen Patienten mit universeller Psoriasis, der seit sieben Wochen in Behandlung ist. Die letztere bestand in zwanzigprocentigem Anthrarobinspiritus, sowie in Pillulae asiaticae. Der Effect ist sehr gering: es ist noch deutliche Schuppenbildung vorhanden. Nur der Kopf ist frei; derselbe wurde aber mit Tinctura Rusci behandelt;

3. einen Patienten mit gleichem Leiden, der seit sechs Wochen unter Beobachtung und mit Anthrarobin in gleicher Weise behandelt ist. Seit drei Wochen gebraucht Patient am rechten Arm Chrysarobin-Photoxylin, also Chrysarobin in ungelöstem Zustande. Derselbe ist, ohne eine Dermatitis zu zeigen, bei Weitem mehr in der Heilung vorgeschritten, als der übrige Körper. Letzterer zeigt noch überall reichliche Schuppenbildung.

Diese drei Patienten wurden, wie mehrere andere, mit zwei Seifenbädern pro Woche behandelt und pinselten täglich zweimal das Medicament ein. Vortragender fasst in Betreff der Psoriasis seine Erfahrungen dahin zusammen, dass das Anthrarobin in seiner jetzigen Anwendungsweise in keinerlei Art mit Chrysarobin etc. wetteifern könne. Die Wirkung ist, wenn überhaupt vorhanden, eine unendlich langsame; die Nebenwirkungen — Färbungen der Wäsche, Haare und Nägel — sind sehr störend.

Auch bei der Pityriasis versicolor hat Vortragender keinen Erfolg zu verzeichnen: Die afficirten Stellen nehmen schnell den Farbstoff auf und erscheinen rothbraun. Sobald man aber aufhört zu pinseln, löst sich die Farbe ab und die Affection erscheint wieder unverändert.

Bei Herpes tonsurans hat Vortragender ebenfalls nichts Gutes gesehen: theils blieb der Erfolg aus, theils baten die Patienten um Anwendung eines nicht roth färbenden Mittels.

Herr Behrend bemerkt, dass es sehr auf die Gebrauchsweise des Anthrarobin ankomme. Die Wirkung sei eine viel intensivere, wenn man seiner Anwendung Einreibungen mit Seife vorausgehen lasse, auch müssen die Schuppen vorher entfernt werden. Seifenbäder zweimal in der Woche genügen nicht. Die Nebenwirkungen des Anthrarobin beschränkten sich doch auf unschädliche Verfärbungen der Wäsche, der Haare und der Nägel, dafür werde es auch von Patienten tolerirt, die Chrysarobin absolut nicht vertragen. Dermatitis und Conjunctivitis kämen nicht vor. Aus der Verfärbung der Wäsche und der Haut, wie sie die Patienten des Herrn Rosenthal zeigen, scheine hervorzugehen, dass das Anthrarobin in den benutzten Arzneiformen schon durch Oxydation verändert sei, was sehr leicht vorkomme, wenn beim Auflösen in Spiritus zu stark erhitzt werde. Unter solchen Umständen entständen unwirksamere Oxydationsproducte.

Herr Rosenthal erwidert, dass, abgesehen von der umständlichen und zeitraubenden Anwendung, schon die Seife als solche die Psoriasis beeinflusse, und dass es deshalb nicht zu verwundern sei, wenn sie die Wirkung des Anthrarobin verstärke.

Herr Behrend hat auch nach dieser Richtung hin Controlversuche angestellt, aus denen hervorgeht, dass die Seife an sich bei Weitem nicht so schnell als in Verbindung mit der Anthrarobineinreibung die Heilung bewirke.

Herr Köbner berichtet über die Ergebnisse, welche er bei eingehenden, seit Ende 1887 mannigfach variirten Versuchen mit dem Anthrarobin bei verschiedenen Hautkrankheiten, besonders bei fünfundzwanzig

Fällen von Psoriasis, gegen welche es speciell als Ersatzmittel des Chrysarobins angegeben wurde, gewonnen hat. Dieselben fielen sehr unbefriedigend aus. Das Mittel, von ihm als 10—20procentige Salben, sowie als Lösungen in Spiritus aethereus oder Alkohol angewandt, wirkt mit oder gar ohne vorgängige Seifeneinreibungen, wenn überhaupt, so ganz unvergleichlich langsamer als Chrysarobin und steht auch der Pyrogallussäure nach. In manchen Fällen, in welchen es zu Beginn der Application zu nutzen schien, trat weiterhin völliger Stillstand in der Rückbildung der Plaques ein, während in den bis dahin gesunden Zwischenräumen trotz der gerühmten Reizlosigkeit dieses Präparates, öfter neue Plaques auftraten. Dasselbe wirkt überhaupt nur, wenn die Schuppen jedesmal vorher mechanisch entfernt werden, und hierauf allein, nicht aber auf irgend einem chemischen, seine Oxydation befördernden Vorgange beruht auch der unterstützende Einfluss der Seifeneinreibungen. Zum Beweise dessen beschleunigten Abschabungen mit dem scharfen Löffel seine Wirkung noch mehr als die letzteren. Die Schuppen aber regeneriren sich unter dem Anthrarobin — als Zeichen seiner geringen Wirksamkeit auf die psoriatische Basis — immer sehr rasch und viel hartnäckiger, als unter unseren bisherigen Mitteln, wie Herrn Köbner's vergleichende Versuche mit letzteren und ersterem an verschiedenen Körpertheilen derselben Psoriasiskranken evident erkennen liessen. Daher verlangten auch gerade alle intelligenten Kranken, welche bei früheren Ausbrüchen mit Chrysarobin behandelt worden waren, dieses trotz mancher Unannehmlichkeiten wieder. Schon eine andere Substanz, welche Herr Köbner auf Grund, beziehungsweise zur Erhärtung der Vermuthung von der blos reducirenden Wirkungsweise des Chrysarobins zu Versuchen als Antipsoriaticum 1879 verwendet hatte, der Zinkstaub, hatte sich ihm damals (in Salbenform) als nutzlos erwiesen. — Wegen der tiefen Verfärbung, welche das Anthrarobin (= reducirtes Alizarin) auf der Haut und den Haaren, besonders hellen, veranlasst, ist es auch — ohne Störung des Gewerbes — weder im Gesicht, noch am Kopfe anwendbar. Auf letzterem wehrten mehrere jugendliche Patienten es auf die Dauer ab, weil es bei jedesmaliger Auftragung heftiges Brennen verursachte.

Dagegen hat Herr Köbner bei einigen Fällen von noch oberflächlicher Mycosis tonsurans ziemlich rasche Heilung eintreten sehen, aber auch öfter Klagen über Brennen gehört; in einem Falle (am Halse) hielt dasselbe nach der alkoholischen Lösung fast eine Stunde lang an, und es kam zu völliger Exfoliation der Epidermis, wie nach einem Vesicator. — Endlich lassen sich auch die Flecken in der Wäsche nicht, wie Herr Behrend gleichfalls als Vorzug angab, mit Soda und Seife, sondern nur durch eine sehr umständliche Procedur entfernen.

Herr Behrend spricht sein Befremden darüber aus, dass Herr Köbner heute so ungünstig über das Anthrarobin urtheile, während er früher im Anschluss an die erste Mittheilung des Herrn Liebermann, sich dahin aussprach, dass seine Erfahrungen im Allgemeinen mit denen des Herrn Behrend übereinstimmen, und er ausserdem noch einen günstigen Einfluss des Mittels in einem Falle von papulösem Syphilid constatirt habe. Es sei absolut nothwendig, die Schuppen vor jeder Einreibung zu entfernen, was die Patienten nicht immer thun; selbst von einer Patientin des Herrn Köbner wisse er genau, dass dieselbe das nie gethan habe. Ein von Herrn Köbner in der medicinischen Gesellschaft vorgestelltes Kind, das mit Anthrarobin behandelt war, sei geheilt gewesen, habe allerdings später Nachschübe bekommen. Was die durch Anthrarobin in der Wäsche erzeugten Flecke betreffe, so habe Herr Behrend in seiner ausführlichen

Publication[1]) erwähnt, dass dieselben, sobald sie mehrere Tage bestehen, nicht mehr vollkommen entfernt werden können, mithin das gegentheilige Citat des Herrn Köbner auf einem Irrthum beruhe.

Herr Köbner hat Herrn Liebermann auf dessen Ersuchen um sein Urtheil vor dessen Publication in den „Berichten der Deutschen chemischen Gesellschaft"[2]) um Mitte Februar d. J., als er etwa sechs Wochen mit Anthrarobin experimentirte, erklärt, noch keinen einzigen Fall damit geheilt zu haben, und ihm schon im Wesentlichen alle die heute auf Grund viel zahlreicherer Versuche vorgetragenen Einwände gegen die dort deponirten Empfehlungen des Anthrarobin als Ersatzmittels des Chrysarobin Seitens des Herrn Behrend bereits mitgetheilt. Da aber Herr Liebermann „wegen Mangels an Raum" in jenen „Berichten" die Erfahrungen des Herrn Köbner, welche dieser ihm wiederholt als nur vorläufige und noch nicht abgeschlossene bezeichnete, in einen einzigen Satz zusammenzudrängen wünschte, habe Herr Köbner concedirt, dass man dem Anthrarobin eine gewisse therapeutische Wirksamkeit im Allgemeinen bei den erwähnten Hautaffectionen einräumen könne. Er fügte aber alsbald schon als seinen damaligen Gesammteindruck, um gar keinen Zweifel zu lassen, mündlich hinzu, dass er Herrn Liebermann „nicht drei Mark auf eine Fabrik von Anthrarobin zu verausgaben rathe". Je länger er beobachtet, desto mehr sei er von der praktischen Verwerthbarkeit desselben enttäuscht worden.

Die von Herrn Behrend citirte Patientin sei, so wie viele, denen die vielwöchentliche Entfernung der Schuppen, welche das selbstverständliche Erforderniss jeder Psoriasiscur ist, zu mühevoll und zeitraubend gewesen sei, unter den Misserfolgen gar nicht mitgezählt.

Wenn Herr Behrend aber das von Herrn Köbner seinerzeit nebst anderen fast gar nicht veränderten Psoriatischen gerade als Beispiel der höchst mangelhaften Wirkung des Anthrarobin in der medicinischen Gesellschaft demonstrirte Mädchen für „geheilt" angesehen habe, so seien dessen Empfehlungen des Heilwerthes dieser Drogue freilich erklärlich. Thatsächlich trug diese Patientin damals ausser wenigen, durch Anthrarobin aufgehellten Plaques am Rücken, sowohl an diesem, wie am ganzen übrigen Körper noch Hunderte solcher, die sehr wenig verändert waren, und noch continuirliche zweimonatliche Anthrarobin-Anwendung unter oft eigenhändiger Abschabung der Schuppen durch Herrn Köbner oder den Alles mitbeobachtenden Herrn Saalfeld und andere Collegen vermochte nicht, mit dieser Drogue zum Ziel zu gelangen; die genannten bewährteren mussten endlich zu Hilfe genommen werden, worüber genaue Protokolle vorgelegt werden können.

Die Entfernbarkeit der Flecken aus der Wäsche durch Soda und Seife habe Herr Behrend in seinem, von Liebermann in den „Deutschen chemischen Berichten" publicirten Briefe, wie wörtlich zu lesen ist, pure auch als einen der Vorzüge des Anthrarobin vor Chrysarobin gerühmt und Herr Köbner habe auch dies seinerzeit Herrn Liebermann als nach eigens angestellten Waschproben selbst frischer Flecke unrichtig bezeichnet. Herrn Behrend's später gemachte Einschränkung der Unmöglichkeit, wenn die Flecke nicht mehr frisch seien, sei vollends ohne jeden praktischen Werth, weil die Patienten während der ganzen Cur nur wenige Male die Leibwäsche preisgeben, respective wechseln wollen und nie alsbald waschen.

---

[1]) S. Vierteljahresschr. 1888, pag. 203.

[2]) Später abgedruckt in dieser Vierteljahresschr. 1888. pag. 193.

Buchanzeigen und Besprechungen.

Lehrbuch der Syphilis und der örtlichen venerischen Krankheiten, von Prof. Dr. Herm. v. Zeissl, neu bearbeitet von Dr. M. v. Zeissl. Fünfte Auflage. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1888.

Besprochen von Prof. Caspary in Königsberg.

Die unlängst erschienene fünfte Auflage des Lehrbuches von Zeissl ist nunmehr von M. v. Zeissl allein bearbeitet. Mit guter Berechtigung kann der Autor es aussprechen, dass er durch die Fortführung des Werkes das Andenken seines Vaters auch bei der heranwachsenden ärztlichen Generation lebendig zu erhalten hofft. Als vor fünfundzwanzig Jahren das Buch zuerst erschien, hatte es gegenüber den vorhandenen Compendien keinen so schweren Stand; aber es hat auch der schnell und gewichtig wachsenden Concurrenz siegreich Stand gehalten. Wie in der nothwendigen Ausdehnung auf das ganze Gebiet der venerischen Erkrankungen hat es auch in der Vertiefung besonders pathogenetischer Fragen immer mehr gewonnen. Die vorliegende fünfte Ausgabe ist trotz wesentlicher Vermehrung, doch durch die weise Verkürzung mancher Capitel — so dem der Stricturen — handlich geblieben. In pietätvoller und sachlich gerechtfertigter Weise hat Zeissl die Gruppirung des Stoffes beibehalten, die wieder gewonnene Mitarbeit der Herren Chiari, Maly, Mauthner, v. Schrötter, Grünfeld und Hock gereicht auch dieser Auflage zu grossem Vortheil. — Aus dem Inhalt des Werkes heben wir die Capitel über das Contagium der Gonorrhöe, über die Genese der hereditären Syphilis und über die Allgemeinbehandlung der Syphilis heraus. Obgleich Zeissl in diesen vielumstrittenen Fragen eine feste Position einnimmt, hält er sich von jedem polemischen Tone gegenüber so ausgezeichneten Gegnern, wie Neisser und Kassowitz, fern. Knapp gehaltene Krankengeschichten geben in den beiden zuletzt

genannten Capiteln werthvolle Illustrationen, ohne aus dem Rahmen des Werkes störend herauszutreten.

Pro domo möchte Referent bemerken, dass er den Fall Guibout's — Ansteckung der Mutter durch ihr hereditär-syphilitisches Kind — durch die widersprechende Angabe Fournier's, der gerade als Gewährsmann von Guibout angeführt war, als nicht beweisend hat bezeichnen müssen. Ferner hat Referent ungern die Angabe vermisst der werthvollen mehrfachen Wiederholung seines (des Referenten) Impfversuches an gesund erscheinenden Müttern hereditär-syphilitischer Kinder durch I. Neumann.

Andere kleine Ausstellungen sind dem trefflichen Ganzen gegenüber nicht am Platze. Das vorzüglich ausgestattete Buch wird zu den alten Freunden neue zu erwerben wissen.

Lehrbuch der venerischen Krankheiten und der Syphilis. Von Prof. I. Neumann. Erster Theil: Die blennorrhagischen Affectionen. Mit 69 Abbildungen im Texte und 2 Tafeln. Wien 1888. W. Braumüller.

Besprochen von Prof. Caspary in Königsberg.

Von dem Lehrbuche der venerischen Krankheiten und der Syphilis von Prof. I. Neumann ist der erste Theil über die blennorrhagischen Affectionen erschienen. Wie man nach dem Namen und der Stellung des Verfassers erwarten konnte, ist ein äusserst reichhaltiges literarisches Material gesammelt und durch vielseitige persönliche Erfahrungen vermehrt. Das von ihm sonst bevorzugte Arbeitsfeld, das der pathologischen Histologie, hat Verfasser in diesem Theile nicht oft zu betreten Gelegenheit; dafür sind instructive anatomische und Instrumentalabbildungen in grosser Zahl dem Werke beigegeben. Einige Besonderheiten des Buches seien hier erwähnt, um den Leser (und im passiven Sinne den Autor) vor unliebsamer Kritik zu schützen. In fast übergrosser Gewissenhaftigkeit führt Neumann die Ansichten anderer Autoren ausführlich vor, ohne zunächst daran Kritik zu üben; schliesslich lässt er es an seiner eigenen Ansicht, an der dem Leser am meisten, und oft ganz allein gelegen ist, natürlich nicht fehlen. — Das Capitel, das wohl jeden besonders interessirt, über die Aetiologie, wird zunächst durch seine Unvollständigkeit (für ein Ende 1888 erschienenes Buch) frappiren,

aber der Autor hat alles Fehlende — das während der Bearbeitung des Werkes erschienen ist — sorgsam bei Besprechung der Gonorrhöe des Weibes, pag. 471 u. ff. zusammengefasst. (Aehnlich bei der Endoskopie.) Freilich wissen wir uns gerade bei der Aetiologie der Gonorrhöe in starkem Gegensatze zu dem Autor. Nicht nur, dass Neumann dem bedeutsamsten Funde in der ganzen Lehre, dem der Gonococcen, zweifelnd, was ätiologische und diagnostische Bedeutung anlangt, gegenübersteht; auch die alten Zauberformeln Ricord's werden wieder lebendig, der nicht erhört sich abmühende Liebhaber, wie der verrätherische Freund des ungefährdeten Ehemannes fallen der Gonorrhöe zum Opfer. Wenn ein so erfahrener und sorgsam beobachtender Arzt, wie I. Neumann, derartige Beobachtungen, die man schon unter die „ollen Kamellen“ warf, als glaubwürdig vorführt, dann heisst es, von Neuem aufpassen und nachprüfen. — Auch sonst zeigt sich der Autor in seinem Urtheil und in der Verwerthung eigener Erfahrungen allerorten selbstständig und unbeirrt von gerade herrschenden Meinungen.

Kleine Irrungen — meist Druckfehler — werden dem bedeutsamen Eindrucke der Arbeit keinen Eintrag thun. Wir sehen mit Spannung der Fortführung des gross angelegten Werkes entgegen.

Varia.

Ueber den Internationalen Congress für Dermatologie und Syphiligraphie, welcher gelegentlich der Weltausstellung 1889 in Paris abgehalten werden wird, ist uns die nachfolgende officielle Anzeige zugegangen:

Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Statuts.

I. — Un congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie s'ouvrira à Paris, le lundi 5 août 1889, et sera clos le 10 du même mois. Il aura lieu dans la grande salle du musée de l'Hôpital Saint-Louis.

II. — Seront membres du Congrès tous les docteurs - en médecine français ou étrangers, qui s'inscriront en temps utile et qui auront acquitté les droits de cotisation.

III. — Dans la séance d'ouverture du Congrès, le Comité d'organisation fera procéder à la nomination du bureau définitif, des vice-présidents et des secrétaires.

Les membres du Comité d'organisation peuvent être nommés membres du bureau définitif.

IV. — Les séances du Congrès seront publiques. Les membres du Congrès, qui désirent faire une communication, pourront s'exprimer dans la langue qui leur est familière.

Les communications du Comité d'organisation se feront en français.

V. — Les comptes rendus des travaux du Congrès seront publiés dans un volume spécial par les soins du Comité d'organisation.

Le Comité d'organisation du Congrès de Dermatologie et de Syphiligraphie est composé de:

MM. les Docteurs:

Ricord Ph., *président d'honneur;* Hardy, *président.*

Membres du Comité:

MM. les Docteurs: Balzer, Besnier Ernest, Ducastel, Fournier Alfred, Gailleton, Hallopeau, Humbert, Lailler, Leloir, Mauriac Ch., Pozzi, Quinquaud, Tenneson, Vidal, Feulard Henri, *secrétaire.*

Le Comité d'organisation s'est adjoint des secrétaires étrangers, afin de faciliter la préparation du Congrès et les moyens de relations avec les médecins des divers pays.

Sur la demande du Comité, ont bien voulu accepter ces fonctions:

MM. les Docteurs: Bertarelli Amb. de Milan, Boeck César de Christiania, Dubois-Havenith de Bruxelles, Fox Colcott de Londres, Haslund de Copenhague, **Lassar** de **Berlin,** Mayor A. de Genève, Morris Malcolm de Londres, Morrow P.-A. de New-York, Pardo de Madrid, Petersen de St-Pétersbourg, **Riehl G.** de **Vienne,** Silva Araujo de Rio-de-Janeiro, Welander de Stockholm, Zambaco de Constantinople.

Règlement.

I. — Les adhésions, demandes de renseignements et les communications peuvent être adressées, soit à M. le Dr. H. Feulard, à Paris, hôpital Saint-Louis, secrétaire du Comité d'organisation, soit à l'un des secrétaires délégués pour l'étranger.

II. — Les droits de cotisation sont de 25 francs; la cotisation donne droit au volume de comptes rendus du Congrès.

III. — Les cotisations seront perçues à Paris, au moment de l'ouverture du Congrès en même temps que seront distribuées les cartes de membres du Congrès.

Les personnes qui, ayant envoyé leur adhésion, ne pourraient venir au Congrès, mais désireraient en recevoir les comptes rendus, devront envoyer, par mandat-poste, à M. le Dr. H. Feulard, secrétaire du Comité, le montant de leur cotisation.

IV. — Les questions traitées seront de deux ordres: les unes proposées à l'avance par le Comité d'organisation, les autres librement choisies.

V. — Les séances auront lieu de 9 heures du matin à midi et de 3 heures à 6 heures du soir. Les séances de l'après-midi seront consacrées à la discussion des questions proposées par le Comité.

VI. — Les membres qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire du Comité d'organisation ou à l'un secrétaires délégués, avant le 15 mai 1889, et de joindre un résumé très bref contenant les conclusions de leur travail.

Ce résumé sera imprimé in extenso ou en partie dans le programme général qui sera distribué avant l'ouverture du Congrès.

Ce programme qui sera envoyé au commencement du mois de juillet 1889 contiendra les noms des membres ayant envoyé leur adhésion avant

le 15 mai, ceux des orateurs inscrits pour prendre la parole sur les questions mises à l'ordre du jour, les communications annoncées, etc.

VII. — Dans l'ordre du jour de chaque séance, les orateurs inscrits à l'avance et les communications annoncées au programme général auront la priorité.

Les communications peuvent avoir une durée de quinze minutes. Dans les discussions, les orateurs ne pourront garder la parole pendant plus de dix minutes consécutives. Ce temps écoulé, le président pourra, s'il est besoin, maintenir la parole à l'orateur.

VIII. — Les manuscrits des communications devront être déposés sur le bureau avant la levée de la séance.

Le Comité d'organisation décidera de leur insertion totale ou partielle dans le compte-rendu officiel.

La publication sera faite en français, en allemand ou en anglais.

Quant aux discussions, elles seront reproduites dans le compte-rendu à condition que les membres qui y auront pris part remettent, au plus tard au début de la séance qui suivra, un résumé de leurs discours aux secrétaires de la séance.

Questions mises à l'ordre du jour.

Question I: De la constitution du groupe „Lichen".

Question II: Du pityriasis rubra — Des dermatites exfoliantes généralisées primitives.

Question III: Du pemphigus. — Des dermatoses bulleuses, complexes ou multiformes.

Question IV: Du trichophyton. — Des dermatoses trichophytiques.

Question V: Direction générale et durée du traitement de la syphilis.

Question VI: Fréquence relative de la syphilis tertiaire. — Conditions favorables à son développement.

Le Comité d'organisation pense qu'il y aurait intérêt pour la discussion des questions générales, à ce que ces questions fussent l'objet de rapports particuliers; il prie donc les orateurs qui ont l'intention de préparer et rédiger ces rapports de vouloir bien lui faire parvenir suivant le mode prescrit par l'article VI du règlement, les conclusions de leur travail sur la question ou un point de la question: ces conclusions seront reproduites dans le programme général.

Questions laissées au choix des Membres du Congrès.

Tout en laissant aux membres du Congrès la faculté de choisir les questions qu'ils veulent traiter, le Comité d'organisation désire attirer plus particulièrement l'attention sur certaines questions dont la solution ne paraît pouvoir être obtenue que par le concours des dermatologistes et syphiligraphes de pays divers.

I. — Questions de dermatologie.

Mycosis fongoïde.

Pruritus hiemalis.

Contagion de la lèpre. Du nombre des lépreux existant actuellement en Europe en dehors des pays Scandinaves.

Etat de la science sur la nature parasitaire non encore définitivement établie de certaines affections de la peau, telles que l'eczema sec circiné, le pityriasis rosé de Gibert, l'eczema séborrhéique, etc.

II. — Questions de syphiligraphie.

Rapports qui existent entre la syphilis et quelques affections définies du système nerveux (tabes, paralysie générale).

Excision du chancre syphilitique.

Indications et valeur thérapeutique des injections mercurielles sous-cutanées.

Prophylaxie administrative de la syphilis des nourrices et des nourrissons (règlements existent dans chaque pays, responsabilité des administrations hospitalières, conduite à tenir vis-à-vis des nouveaux-nés abandonnés, nés de parents dont les antécédents pathologiques sont ignorés, nourriceries, allaitement artificiel, etc.).

Du chancre vénérien, unicité et dualité; fréquence relative du chancre mou dans les divers pays.

III. — Questions techniques relatives à la pratique et à l'enseignement de la dermato-syphiligraphie.

Comparaison de l'enseignement et de la pratique dermato-syphiligraphiques dans les divers pays (chaires officielles de facultés, enseignement libre, hôpitaux et services spéciaux, consultations publiques et policliniques, laboratoires, etc.).

Nomination d'une commission chargée de la simplification de la nomenclature dermatologique.

Moyens de faciliter l'étude internationale de la dermatologie; publication d'un atlas international des dermatoses rares; synonymie des appellations nosologiques, bibliographie, journaux, sociétés, congrès périodiques, etc.

Deutsche dermatologische Gesellschaft.

Mit der ehrenvollen Aufgabe betraut, alle Vorbereitungen für den in der Pfingstwoche 1889 in Prag abzuhaltenden ersten Congress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft zu treffen, beehren wir uns, die Mitglieder der Gesellschaft zu zahlreicher Betheiligung an den Arbeiten des Congresses einzuladen und sie zu bitten, uns möglichst bald die Themata ihrer beabsichtigten Vorträge, sowie ihre Wünsche bezüglich der Beistellung von Behelfen für ihre Demonstrationen bekannt zu geben.

Von der gewiss allgemein getheilten Ansicht ausgehend, dass die Arbeiten des Congresses umso erfolgreicher sein werden, je mehr der Schwerpunkt der wissenschaftlichen Verhandlungen in die Demonstrationen gelegt sein wird, erklärt sich der Vorstand der dermatologischen Klinik in Prag bereit, den Herren Collegen nicht allein, so weit die Mittel der Klinik es gestatten, alle zu Zwecken der Demonstration gewünschten Apparate und Instrumente beizustellen, er erklärt sich auch bereit, für die kostenfreie Unterbringung und Verpflegung von Kranken Sorge zu tragen, welche die Herren Collegen zum Zwecke der Demonstration mitbringen wollen.

Es wird ferner beabsichtigt, mit dem Congresse eine Ausstellung solcher Gegenstände zu verbinden, welche für die dermatologische und syphilidologische Forschung in theoretischer oder praktischer Beziehung von Interesse sind. Den Herren Ausstellern wird die kostenfreie Aufstellung der Ausstellungsgegenstände gewährleistet. Die Entscheidung über die Zulassung der Gegenstände bleibt dem Ausschusse vorbehalten.

Wir ersuchen alle Anmeldungen an das Bureau der Gesellschaft (Prag, Jungmannstrasse 41) zu richten.

Prag, Anfangs Februar 1889.

Im Namen des Ausschusses:

Prof. F. J. Pick.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien. — 489

Originalabhandlungen.

Ein Beitrag zur Salbensondenbehandlung der chronischen Urethritis.

Von

Dr. Karl Szadek in Kiew.

Die chronische Urethritis oder der sogenannte Nachtripper bedarf, als eine rein locale Krankheit — welche nur selten durch eine allgemeine Ursache bedingt wird — einer örtlichen, respective chirurgischen Behandlung und kann in den allermeisten Fällen nur nach einer solchen geheilt werden.

Von den zahlreichen Behandlungsmethoden, welche gegen dieses hartnäckige Uebel vorgeschlagen worden sind, ist die Sondenbehandlung diejenige, welche mit Recht in der letzten Zeit eine besondere Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf sich gerichtet hat; obwohl aber dieselbe in einer Anzahl von neuesten Publicationen (Unna, Casper, Sperling u. A.) besprochen wurde, sind unsere Kenntnisse über die Indicationen, Contra-Indicationen, Vortheile und Nachtheile der Sondenbehandlung des Nachtrippers noch nicht vollständig, deswegen wäre die Besprechung dieser Behandlungsmethode von verschiedenen Seiten ganz gerechtfertigt.

Bevor ich auf die therapeutischen Resultate der in meiner Privatpraxis angewandten Salbensondenbehandlung des Nachtrippers übergehe, will ich zuerst die zur Verwendung gebrachten Instrumente und mein Verfahren beschreiben, und dann noch einige Bemerkungen über die Indicationen und Contra-Indicationen dieser Behandlungsmethode beifügen.

Ich benutzte gewöhnlich die aus Zinn verfertigten Bénique'schen Sonden, die vollkommen massiv sind und deren gebogener

Theil fast genau dem festen Bogen der Urethra entspricht und ebenfalls eine Länge von circa 11 Ctm. hat. Zum Ueberziehen der Sonde gebrauchte ich zuerst die Unna'sche Salbenmasse (Ol. cacao 100·0; Cerae flavae 2·0—5·0; Arg. nitrici 1·0; Bals. peruv. 2·0), in letzterer Zeit aber leistete mir die von Sperling vorgeschlagene Salbe auch gute Dienste:

Argenti nitrici 0·1—0·3
Cerae albae 4·0
Lanolini 20·0
M. f. unguentum.

Die Präparirung der Sonde geschieht folgendermassen: Die Salbenmasse wird erwärmt und dann mit der flüssigen Masse die Sonde überzogen; nach dem Erstarren zieht man die so präparirte Sonde mehrmals durch die warme Hand, dadurch wird sie eingeölt und bestreicht die metallene Spitze mit Glycerin. Was die Methodik der Sondeneinführungen anbelangt, will ich hier nur erwähnen, dass ich in allen Nachtripperfällen mit tieferer Localisation der Erkrankung die Sonde gleich zu Beginn ziemlich tief in die Urethra, also fast bis zum Griffe eingeführt habe, und nur bei Urethritis chronica partis cavernosae geschah die Einführung soweit, dass die Spitze der Sonde den Musc. sphincter int. nicht passirt. Die von manchen Autoren (Dick, Otis u. A.) gegebene Warnung vor der Sondeneinführung in die Blase ist meiner Meinung nach bei genügender Geschicklichkeit und Vorsichtigkeit beim Sondiren sehr wenig berechtigt, es scheint mir dagegen, dass die nicht genug tiefe Einführung der Sonde die Harnröhre reizt und von den Kranken nicht immer gut vertragen wird.

Ich lasse gewöhnlich die Sonde in den ersten Tagen blos 3—5 Minuten lang liegen und steige dann successive bis auf 15—20 Minuten; hier will ich auch bemerken, dass die Einführung der gut beölten Sonde nur bei den höchsten Hyperästhesien der Harnröhre und nur bei wenigen äusserst nervösen Individuen schmerzhaft ist; in solchen Fällen muss man den ersten Salbensondeneinführungen eine Einspritzung von Cocaïnlösung in die Urethra vorausschicken; bei den nächsten Sitzungen sind die Kranken schon weit weniger empfindlich und sehr bald wird die Hyperästhesie der Harnröhrenschleimhaut den wiederholten Sondi-

rungen stets vollständig gewichen sein. Je länger die eingeführte Sonde liegt, desto besser ist die Wirkung; doch ist die Zeit des Liegenlassens sehr oft gänzlich von den subjectiven Empfindungen der Kranken abhängig; tritt ein stärkerer Harndrang oder Erection ein, so ist die Sonde zu entfernen. Die nächste Einführung wird mit derselben Nummer begonnen, welche sich als die richtige bei der ersten herausgestellt hat, dann geht man aber weiter. Das Einführen der Sonde sollte höchstens jeden zweiten Tag vorgenommen werden. Unna'sche frühere Empfehlung, die tägliche, ja sogar zweimal tägliche Sondeneinführung ist für die meisten Nachtripperfälle nicht haltbar und unzweckmässig, und nur in seltenen Fällen der atonischen und veralteten Gonorrhöe geeignet. Was die Stärke der Sonden anbetrifft, so reicht man mit einer Collection von Sonden in der Stärke 18—30 Charrière vollkommen aus.

Ich beginne die Sondenbehandlung, wenn solche indicirt ist, nicht mit der niedrigsten Nummer, sondern mit derjenigen Nummer, welche dem gegebenen Falle entspricht, und gehe darauf zu den dickeren Sonden über. In leichteren Fällen genügen vier bis sechs Sondirungen, um das Leiden zu beseitigen, und dort kann man nur mit mässigen Nummern (20—22) manipuliren. Allerdings konnte ich gewöhnlich — besonders in hartnäckigen, veralteten Nachtripperfällen, wo die Sondirungen öfter wiederholt werden — mich nicht auf die niedrigen Nummern beschränken, sondern ging nach dem Vorgange von Otis[1]) zu 25—30 Charrière über, und spaltete bei engem Orificium externum dieses in der Richtung gegen das Frenulum.

Was nun die einzelnen Nachtripperfälle, in denen von mir die Sondenbehandlung angewandt wurde, anbelangt, so versuchte ich diese Methode zuerst bei allen hartnäckigen, veralteten und anderen therapeutischen Verfahren widerstehenden Fällen; bald aber überzeugte ich mich, dass sie in vielen Gonorrhöeformen ohne günstigen Erfolg ist und nur in gewissen Fällen des Nachtrippers in Anwendung gezogen werden kann. Der Ausgangspunkt, von welchem wir den Nutzen dieser Behandlungsmethode bei ge-

---

[1]) F. N. Otis, Practical lessons on Syphilis and the genito-urinary diseases. New-York 1886.

wissen Formen der chronischen Gonorrhöe erklären können, ist die Kenntniss der localen Wirkung der Sonden auf die erkrankte Harnröhre: Die metallischen Sonden wirken nicht nur mechanisch, indem sie das normale Kaliber der Harnröhre wieder herstellen, sondern sie sind auch ein mächtiges Alterans, weil sie einen heilsamen Druck auf die injicirten Gefässe ausüben und die chronische Entzündung in eine acute verwandeln. Durch eine mechanische Compression der passiv-hyperämischen Schleimhautpartien werden die besseren Verhältnisse der Blutcirculation hervorgerufen, dadurch wird die Sensibilität der wiederholt dem mechanischen Reize ausgesetzten sensiblen Nervenendigungen der Harnröhrenschleimhaut herabgesetzt. Der Effect dieser Compression ist ein vorzüglicher, namentlich in jeder etwas älteren Urethritis, welche mit einer, wenn auch oft nur geringen Verengerung des Harnröhrenvolumens (sogenannte weite Strictur) einhergeht, und wird durch diese Behandlungsweise die beginnende Stricturenbildung im Keime erstickt:

1. Am wohlthätigsten also wirkt die Salbensondenbehandlung in den Nachtripperformen mit Infiltration und Schwellung der Mucosa urethrae und des Unterschleimhautbindegewebes; in solchen Fällen entsteht, in Folge der Zellenwucherung, längs der Harnröhre an einer oder mehreren Stellen derselben disseminirte, seltener eine diffuse Verdickung der Harnröhrenwand, der eine Verengerung des Urethrallumens folgt. Das sind nämlich Fälle von chronischer Gonorrhöe mit spärlicher schleimiger Secretion und tiefem Sitze des Leidens; diese Fälle sind sehr oft mit chronischer Entzündung der Prostata complicirt, welche die Kranken durch ein eigenthümliches Gefühl von Prickeln, Kriebeln, Jucken, fremden Körpern, mehr als durch das Secret in Angst versetzen. Die letzteren subjectiven Symptome werden besonders oft bei nervösen Individuen beobachtet.

Für die Fälle dieser Art kann man wirklich die locale Behandlung durch Sondirung mit Metallsonden als ein erfolgreiches Mittel empfehlen.

2. Bei atonischen Formen der Harnröhrenerkrankungen mit passiver Hyperämie und nervösen Symptomen sind auch die Sondeneinführungen, doch ohne Salbenüberzug, sehr wirksam. Unter den zahlreichen Kranken, die nach dem Tripper wegen

Pollutionen, Spermatorrhöe, relativer Impotenz und morgenliches Tropfen in ärztliche Behandlung kommen, gibt es eine grosse Anzahl, bei denen die Merkmale solcher Gewebserschlaffung vorherrschen; ein erschlafftes Scrotum, weiche Hoden, ein welker Penis, unvollständige Erectionen u. s. w. sind die Symptome der ausgeprägten Formen dieser Art. Als ätiologische Momente gelten öfters langwierige Gonorrhöen und darauf folgende Herabsetzung der atonischen Spannung der Musculatur. Zu den obenerwähnten Symptomen gesellen sich oft auch andere, rein nervöse Erscheinungen, psychische Depressionsformen, Spinalirritation, Neuralgien hinzu. Für die Fälle dieser Art, welche nur selten mit Stricturen complicirt sind, wird die locale Behandlung durch die möglichst stärksten metallischen Sonden, combinirt mit hydropathischen Eingriffen, besonders erfolgreich sein.

3. Ebenso möge die Salbensondenbehandlung versucht werden in den anderen chronischen Gonorrhöefällen, bei welchen aus irgend welchen Gründen eine andere Behandlungsmethode undurchführbar ist. Der Aeusserung Dick's, „es gibt Fälle von Nachtripper, ohne das geringste Zeichen von Deviation, Geschwulst oder Verdickung in der Urethra, in welchen der Gebrauch von Bougies den vollkommensten Erfolg hat, nachdem andere Mittel vergebens angewendet worden sind . . .“ muss fast jeder etwas beschäftigte Fachmann gewiss beistimmen.

4. Die Salbensondenbehandlung kann auch mit Erfolg bei Erkrankungen der Urethra nervösen Charakters (sogenannter Neurasthenia sexualis) angewandt werden; über günstige Erfolge der Sondenbehandlung der Neurosen der Harnröhre berichten mehrere Autoren (Feibes, Sperling u. A.).

Als contraindicirt für Salbensondenbehandlung sind alle Arten der acuten Gonorrhöe, dann diejenigen Krankheitsformen des Nachtrippers, welche sich durch eine eitrige Absonderung und Schmerzhaftigkeit in den tiefsten Harnröhrentheilen auszeichnen, die Fälle von chronischer Gonorrhöe der hinteren Partien der Urethra, complicirt mit Symptomen der acuten Entzündung der Prostata oder des Blasenhalses sind auch für diese Behandlungsmethode nicht geeignet. In den Gonorrhöefällen mit spärlichem eiterigen Ausfluss, wo die endoskopische Untersuchung auf localisirte Erosionen oder Granulationswucherungen hinweist, muss man

zuerst die entsprechenden Herde durch auf endoskopischem Wege vorgenommene Aetzungen oder Bepinselungen mit Adstringentien zu heilen suchen, und nur dann kann man durch Salbensondenbehandlung günstige Erfolge erzielen, wenn auf diesem Wege die restirende Schwellung der Harnröhrenschleimhaut beseitigt wird. Allerdings vor Anwendung der Sondenbehandlung soll immer eine möglichst sorgfältige und genaue Untersuchung der Harnröhre mittelst Knopfsonde und Endoskop, auch eine chemische und mikroskopische Analyse des Harns und der Harnsedimente vorgenommen werden, um mögliche diagnostische Irrthümer zu vermeiden; sehr instructiv sind die Fälle, wo bei ganzem Symptomencomplexe der chronischen Gonorrhöe das Endoscop eine Erkrankung der Harnröhre entdeckte, die eines operativen Eingriffes bedurfte (Fälle von Rosenthal,[1]) Grünfeld[2]) und Kraus[3]).

Noch eine kurze Warnung vor Anwendung dieser Behandlungsmethode bei solchen Individuen, welche bei Einführung der Sonde von Schüttelfrost und Angst befallen werden, und die bei jeder instrumentellen Untersuchung der Harnröhre heftigen Schmerz und Krämpfe der Urethra, ferner verschiedene nervöse Symptome, das Entstehen des Urethralfiebers und sogar andere gefährliche Symptome bekommen.[4]) Bei solchen nervösen und reizbaren Personen soll die Sondenbehandlung ausgesetzt werden.

Jedenfalls sollen die Sondirungen — um die Ohnmacht zu verhüten — immer in der Horizontallage der Kranken ausgeführt werden. Nach jedem Bougieren wird eine Bewegung vermieden und der Kranke muss wenigstens zwei bis drei Stunden sich der Ruhe überlassen.

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen mögen hier die Resultate meiner Privatpraxis innerhalb der letzten zwei Jahre Platz finden; die Menge der Fälle ist leider bei dem mir gegenwärtig

---

[1]) Berliner klin. Wochenschr. 1884, 23.

[2]) Wiener med. Presse 1885, pag. 1189—1191.

[3]) Internat. klin. Rundschau 1887, 15, 17.

[4]) Sehr interessant ist der von Bryant (New York Med. Journ. 1887, 14; diese Vierteljahresschr. 1887, pag. 976) mitgetheilte Fall, wo nach zweitem Sondiren Schüttelfrost, Collaps, dann Fieber und Entwickelung zahlreicher phlegmonöser Herde in verschiedenen Körpergegenden, und auch eine Pleuropneumonie entstanden.

zu Gebote stehenden Materiale keine grosse, nämlich von 116 zu meiner Behandlung kommenden Fällen von Urethritis chronica wurde die Salbensondenbehandlung bei 30 Kranken angewandt.

Von diesen Kranken blieben 3 ungeheilt (von diesen waren 2 Fälle von hochgradiger Schwellung der hinteren Urethra mit Cystitis chronica complicirt und in 1 Falle eine granulose Form der Urethritis bulbi von dreijähriger Dauer). Von den übrigen 27 Fällen sind 18 geheilt, und zwar 11 Fälle ohne andere Behandlung, 7 Fälle dagegen nach zwei- bis dreiwöchentlicher Nachbehandlung durch Einspritzungen verschiedener Adstringentia; in restirenden 9 Fällen erzielte ich eine wesentliche Besserung, die so weit ging, dass die secundären nervösen Symptome vollkommen schwanden und der Ausfluss aufs Minimum reducirt wurde.

Ausser den obenerwähnten Nachtripperfällen wurde die Salbensondenbehandlung auch in fünf Fällen von Neurasthenia sexualis, Spermatorrhöe und Impotentia incompleta angewandt; die methodische Behandlung mittelst Einführen starker metallischer Sonden (20—25 Charrière) bringt hier glänzende Erfolge (auf den Nutzen der Sondenbehandlung der Spermatorrhöe ist schon von Lazarus[1]) die Aufmerksamkeit gelenkt worden).

Es wäre zwecklos, hier die ausführliche Krankengeschichte aufzuführen, darum will ich jetzt kurz auf Grund meiner Erfahrung nur aussagen, dass ich durch eine methodische und planmässig durchgeführte Salbensondenbehandlung die vollkommene Beseitigung gewisser Krankheitsformen des Nachtrippers erzielen konnte; oft wurde schon nach einigen Bougierungen eine wesentliche Besserung erzielt, was aber nur selten der Fall war; in den meisten Fällen war der Nutzen der Sonden erst beim Ende der Behandlung sichtbar, und musste man auf die völlige Beseitigung der krankhaften Erscheinungen gewöhnlich drei bis acht Wochen warten.

Aus den von uns genau beobachteten Fällen ergibt sich nun, dass wir durch Salbensondenbehandlung auch nicht einen Fall in weniger, als in drei bis vier Wochen geheilt entlassen

---

[1]) Lazarus, Ueber das Wesen und die Therapie der Spermatorrhöe — Wiener med. Presse 1879, 19.

konnten, in den meisten Fällen betrug die Dauer der Behandlung circa sechs Wochen. In zwei Fällen von alten, hartnäckigen Leiden der Harnröhre musste man eine zweimalige Wiederholung der achtwöchentlichen Cur ausüben, und wurde dadurch das Uebel, wenn auch mit grosser Mühe, jedoch ganz beseitigt.

Eine nachtheilige Wirkung der Salbensondenbehandlung habe ich nicht gesehen, nur in einem Falle, wo bei einem an Urethritis posterior leidenden Kranken nach dritter Sitzung eine Nebenhodenentzündung entstand, welche aber sehr günstig verlief und nach zwei Wochen beseitigt wurde.

Wenn ich nun auf Grund der fremden und meiner hier kurz geschilderten Erfahrungen zum Schlusse einige gemeinsame Gesichtspunkte hervorhebe, so mögen dies, ohne einem weiteren Urtheile der Fachgenossen vorzugreifen, nach dem vorliegenden Materiale nur folgende sein:

a) Durch Einführung der Sonden in die Behandlung des Nachtrippers ist eine Bereicherung der Harnröhrentherapie geschaffen, die jedoch nicht zur Behandlung aller Fälle der chronischen Gonorrhöe erhoben werden kann.

b) Die von Unna empfohlene Behandlungsmethode der chronischen Urethritiden mittelst Anwendung der Salbensonden ist ein sehr vorzügliches und wirksames Verfahren in vielen Fällen des Nachtrippers und der Neurasthenia sexualis. Diese Behandlung ist aber nur in entsprechenden, streng bestimmten Gonorrhöefällen angezeigt, besonders in denen, wo wir eine hyperplastische Entzündung oder Hypertrophie der Harnröhrenwände, sogenannte weite Stricturen, aber keine Erosionen, Granulationswucherungen und Geschwüre vor uns haben.

c) Immerhin aber wird sich für viele so behandelte Gonorrhöefälle nach der Erweiterung des Harnröhrenlumens eine Nachbehandlung mit den Injectionen verschiedener Adstringentien nothwendig erweisen.

d) Obwohl es immer solche Gonorrhöefälle gibt, welche allen therapeutischen Eingriffen, auch der Sondenbehandlung widerstehen, wird sich immerhin für jeden tüchtigen und erfahrenen Fachmann häufig Indication für diese Behandlungsmethode zeigen, welche bequem, exact und in vielen Fällen von Urethritis chronica besonders vorzüglich wirksam ist.

Ueber den Favuspilz.

Mitgetheilt von

Dr. Med. Anton Elsenberg,

Primarius der Abtheilung für Syphilis und Hautkrankheiten im Israeliten-Hospital zu Warschau.

Seit der Verbreitung der Koch'schen bacteriologischen Untersuchungsmethoden sind nur wenige Arbeiten über den Favuspilz beim Menschen publicirt worden. Zuerst ist die Arbeit von Quincke „Ueber Favuspilze"[1]) erschienen. Quincke unterscheidet wenigstens drei verschiedene Pilze in der Scutula Favi und bezeichnete sie mit α, β, γ. Der Pilz α soll am schnellsten und in den verschiedensten Verhältnissen, und zwar in der Zimmertemperatur oder auch bei der Temperatur des Blutes wachsen; er bildet Colonien, deren Oberfläche mit einem weissen, dichten Flaum bedeckt ist, der Grund hat eine schwefelgelbe Farbe. Er wächst hauptsächlich auf der Oberfläche, weil die freie Sauerstoffzufuhr der Luft sein Wachsthum sehr befördert. Nährgelatine wird verflüssigt und braun gefärbt. Mikroskopisch sind die Hyphen dieses Pilzes dünner als die der Schimmelpilze und der zwei anderen Pilze β und γ, ausserdem bildet er ausser den gewöhnlichen Sporen auch Makrogonidien, d. h. spindelförmige Endbildungen der Hyphen; dieselben sind 40—70 μ lang, besitzen eine glänzende, doppelt contourirte Membran und mehrere Septa, welche die ganze Bildung in 4—7 Höhlen theilen; in den Höhlen finden sich, wie Quincke glaubt, manchmal ovale, glänzende Sporen. Die Pilze β und γ wachsen bedeutend langsamer

---

[1]) Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. 1886, Bd. XXII, Heft I u. II, pag. 62—76.

und β noch langsamer wie γ, sogar bei der Temperatur des Blutes; in der Zimmertemperatur gelingt es noch viel schwerer, dieselben zu cultiviren.

Auf den verschiedenen Nährboden wachsen sie hauptsächlich in die Tiefe und überragen um ein Unbedeutendes die Oberfläche der Nährflüssigkeit. Die Gelatine verflüssigen sie langsam, dieselbe wird nicht in dem Grade flüssig, wie bei dem Pilze α und wird nicht braun gefärbt. Die Hyphen dieser Pilze sind etwas dicker und an ihren Enden entwickeln sich kolbenförmige Anschwellungen (in den jungen Colonien und in der ersten Woche) mit einem körnigen Inhalt, sehr ähnlich den Mucorsporangien; sie entwickeln sich aber nicht weiter und verschwinden sehr frühzeitig.

Die Impfungen des Pilzes α sind theilweise beim Menschen, Hunde und der Maus gelungen; von den beiden anderen Arten sind die Impfungen negativ und sehr selten zweifelhaft ausgefallen.

F. J. Pick[1]) zweifelt die Richtigkeit der Quincke'schen Anschauung, dass drei verschiedene Pilze eine und dieselbe Krankheitsform hervorrufen könnten, und zwar aus mehreren Rücksichten, an. Die wichtigste Thatsache ist aber die, dass die von Pick vorgenommenen Impfungen der Favusscutula bei vier Individuen immer eine Reincultur eines und desselben Pilzes ergaben.

In der Arbeit von Verujski[2]) werden namentlich der Trichophyton tonsurans und Achorion Schoenleinii corporativ dargestellt. Die biologische Seite dieser beiden Pilzarten wird hauptsächlich beachtet — was die Morphologie und die Culturen anbetrifft, so sind dieselben nicht genügend klar dargestellt. Verujski beschreibt nur einen Favuspilz, welcher namentlich in verschiedenen flüssigen Nährboden gezüchtet wurde, die Culturen auf festem Nährboden werden nur flüchtig behandelt. Auf eine Erscheinung macht aber der Autor aufmerksam, und zwar, dass in den fortwährend weiter geimpften Culturen des Favuspilzes (pag. 382) die Zahl der Lufthyphen in jeder später zur Entwickelung kom-

---

[1]) Ueber Favus. Prager med. Wochenschr. 1887.

[2]) Recherches sur la Morphologie et la biologie du Tricophyton tonsurans et de l'Achorion Schoenleinii. — Annales de l'Institut Pasteur 1887, Nr. 8, pag. 369—391.

menden Generation eine immer grössere wird und dadurch die Oberfläche der Colonie eine immer stärkere weisse Farbe annimmt.

Das sehr reiche Material von Favusfällen, welches ich in meiner Abtheilung und im Ambulatorium (über hundert Kranke jährlich) zu beobachten Gelegenheit habe, gestattete mir seit Ende des Jahres 1886[1]) zahlreiche bacteriologische Untersuchungen über den Favuspilz durchzuführen. Die Resultate dieser Untersuchungen weichen in mehreren Punkten von den oben erwähnten ab und ich werde darauf später zurückkommen.

Das Material, welches ich zur Verfügung hatte, eignete sich nicht immer zu Culturen der Favuspilze. Der Favus war bei diesen Kranken am häufigsten über den ganzen Kopf und manchmal auch auf die ganze Haut verbreitet, die Haare waren oft vollständig alterirt und die Kopfhaut atrophisch, glatt, glänzend oder von Narben, welche denjenigen Partien entsprachen, die früher mit Favusscutulis bedeckt waren, eingenommen. Diese Veränderungen treten gewöhnlich auf der vorderen Partie und am Scheitel des Kopfes auf, während die temporalen und occipitalen Kopfgegenden mit Scutulis und dünnen, aber veränderten Haaren bedeckt erscheinen. Eine grosse Anzahl dieser Kranken zeigt, ausser zum Theil einzeln sitzenden, oder auch auf grösseren oder kleineren Strecken confluirenden Favusscutulis, auf dem mit Haaren bedeckten Kopfe ein diffuses, nässendes Eczem, welches wegen des Favus und der Läuse die Kranken nicht zum Waschen, aber zum fortwährenden Kratzen zwingt. Daraus resultirt ein Ekel erregendes Bild des Favus und eines diffusen nässenden Eczems, welches oft mit tiefen Geschwüren complicirt wird. Diese letzteren werden durch die fortwährende Verunreinigung, das Zerkratzen und Ansammlung der verschiedenartigen Fäulniss- und Eiterbacterien unterhalten. Das aus den Eczemefflorescenzen heraussickernde dicke Secret und der Eiter der Geschwüre verklebt ganze Haarbüschel, und wenn dieselben lang sind (bei Mädchen) bildet sich auch eine Art Plica polonica.

---

[1]) Zu dieser Zeit wurde bei meiner Hospitalabtheilung auf Kosten des Warschauer Magistrats und unter dem Beistande des Inspectors der Warschauer Civilhospitäler, Herrn Prof. A. P. Walter, ein bacteriologisches Institut eröffnet.

Ein widriger Modergeruch (odeur de souris) und nach sich zersetzenden organischen Substanzen vervollständigt dieses Bild.

Bei anderen Kranken bildet sich eine mehr als 1 Ctm. dicke Kruste, welche aus Scutulis und vertrocknendem Eczemsecret besteht und mit kurzen, bröckligen Haaren von unbestimmter Farbe und ohne Glanz bedeckt ist. Das Erhalten von Culturen der Favuspilze aus diesen Objecten ist sehr erschwert. Jedes Scutulum, wenn es gelingt, dasselbe gesondert zu erlangen, enthält eine solche Menge verschiedenartiger Schizomyceten und Pilze, welche viel rascher als der Favuspilz sich entwickeln, dass es sehr schwer ist, den letzteren rein zu erhalten. Manchmal muss man einen Monat oder auch mehr für die Ueberimpfungen opfern, um eine reine Cultur zu erreichen. Sehr leicht erhält man reine Culturen aus den disseminirt auf dem Kopfe sitzenden Scutulis, und noch besser aus denjenigen, welche auf der Haut des Rumpfes oder der Extremitäten sitzen. In diesen Fällen wird das Scutulum mit einer ausgeglühten Pincette abgenommen und von ihrer unteren Fläche, d. h. derjenigen, welche der Haut anlag, mit einem ausgeglühten Messerchen oder mittelst eines dicken Platindrahts ein Stückchen des Materials genommen und in gewöhlicher Weise auf Kartoffel, Bouillon etc. geimpft. Aus solchen Scutulis ist schon die erste Cultur rein. Die Haare wurden auf Culturen nach der von Quincke angegebenen Methode gebracht: es wurde das mit der Wurzel herausgerissene Haar mittelst einer ausgeglühten Pincette an der Wurzel gefasst und der Schaft selbst in der Flamme verbrannt — es wurde also nur der in der Haartasche sitzende Theil geimpft. Eine reine Cultur aus dem Haare habe ich bis jetzt niemals erhalten. Immer konnte eine grosse Menge von Saprophyten gefunden werden.

Aus diesem so zahlreichen Material gelang es mir, während zwei Jahren nur von 27 Individuen Culturen zu erhalten. Ich werde hier keine detaillirte Beschreibung aller Kranken, von welchen ich Scutula zur Impfung genommen habe, geben und werde mich beschränken, eine Beschreibung eines Mädchens, welches noch vor Kurzem in meiner Abtheilung verblieb, wegen einer ungewöhnlichen Verbreitung des Favus folgen zu lassen. (cr. Abbildung.)

Patientin — Ester Lewkowicz aus Preysucha in der Gegend von Opoczno ist sechzehn Jahre alt und wurde am 27. Juli 1888 in meine Abtheilung aufgenommen. Sie ist die Tochter eines Bettlers, lebte also in sehr ungünstigen Verhältnissen. Niemals war sie im Bade, einmal in der Woche hat sie ihren Kopf gewaschen, ihr Lager oder richtiger ihren Strohsack hat sie nur einmal im Jahre gewechselt.

Den Beginn ihrer Krankheit kann sie nicht genau angeben, jedenfalls leidet sie schon seit sehr langer Zeit.

Bei der Aufnahme der Kranken in das Hospital war die Mitte des Kopfes vollständig kahl, und zwar die temporalen Gegenden und ein grosser Theil der Frontalgegend, die Haut atrophisch, dünn, theilweise narbig entartet. Nur die Haut der Schläfe und des Hinterhauptes ist mit hellem Haar, welches keine bestimmte Farbe hat, ohne Glanz, trocken und bröcklich erscheint, bedeckt. Ausser der Kopfspitze sind auf der ganzen Kopfhaut Favusscutula zerstreut, namentlich aber auf den Schläfen bis zu den Jochbögen, auf dem Hinterhaupt, weniger schon an der Grenze der Stirn. Dieselben sind einzeln zerstreut, theils confluirend, oder auch in Gruppen gelagert. Ihre Grösse variirt von der eines Stecknadelkopfes bis zur Erbsengrösse oder einer silbernen Zehn-Groschenmünze. Die confluirenden haben einen Durchmesser von 3 bis 4 Ctm., sind von schalenförmiger Gestalt, mit der Concavität nach oben; vom Centrum der kleinsten Favusschildchen ragt ein verändertes Haar hervor; die Farbe der Scutula ist schmutzig-schwefelgelb. Nach der Abnahme der Scutula bleibt eine vertiefte, freie, leicht blutende Hautoberfläche. Die grösseren, confluirenden Scutula waren sehr dick, erhaben, mit hervorragenden unterminirten Rändern und secernirten eine schmutzige eitrige Flüssigkeit; die umgebende Haut war stark geröthet und mit Eczembläschen oder Erosionen besäet.

Auf dem Hinterhaupt finden wir ausser einer grossen Zahl von Scutulis eine Menge von Läusen und Krusten, welche durch Kratzen und durch den Eczemausschlag gebildet wurden; die Haare sind dadurch theilweise verklebt. Auf den Ohrmuscheln sitzt je eine ziemlich grosse Scutula. Auf dem Gesicht sind keine Scutula zu constatiren. Auf dem Rücken und am Bauch sind einzelne spärliche Scutula von Erbsen- bis Bohnengrösse zerstreut.

In den scapularen Gegenden, namentlich aber links von der Crista bis zum unteren Winkel und in der Gegend der beiden Humerusgelenke ist die Haut mit dicken confluirenden Scutulis bedeckt; zwischen diesen Scutulis ist die sie umgebende Haut verdünnt, geröthet und bedeckt mit kleinen, oberflächlichen Narben.

Weiter finden wir ebensolche, nur weniger zahlreiche Scutula auf der äusseren und hinteren Fläche der Oberarme, auf den Ellenbogen und viel zahlreichere auf den Vorderarmen und auf dem rechten Pollex ist der freie Rand des Nagels theils schon zerstört, theils durch hervorwuchernde Pilze unterminirt.

Von der Spina ilei super. ziehen auf den Trochanter major und weiter auf die Glutealgegenden ausgebreitete confluirende Favusscutula und auf der hinteren Fläche des rechten Femur bilden sie einen grossen Bogen, welcher wenigstens zwei Drittel der Länge des Femur einnimmt. Ueber dem rechten Knie und nach aussen von demselben finden wir wiederum eine unregelmässig gestaltete Masse von confluirenden Scutulis, welche 20 Ctm. lang, 5 Ctm. breit, und stellenweise von einer Dicke bis 0·5 Ctm. ist. Weiter unten ist fast die ganze Oberfläche des Unterschenkels, ausgenommen die hintere Fläche, mit einer Menge confluirender Scutulis, welche hie und da die Dicke bis zu 1 Ctm. erreichen, bedeckt; die von den Scutulis frei gelassenen Hautpartien sind der Epidermis beraubt, geröthet und infiltrirt. Auf dem linken Unterschenkel sieht man auf der äusseren und vorderen Fläche ebenfalls eine Menge von Scutulis, ihre Zahl ist aber bedeutend geringer wie rechts.

Die Füsse sind mit Scutulis nicht bedeckt. Die sichtbaren Schleimhäute sind unverändert, etwas blass. Die Lymphdrüsen, und zwar die submaxillaren, cervicalen, axillaren und inguinalen sind ziemlich stark vergrössert, aber nicht schmerzhaft. Die Musculatur ist schwach entwickelt. Das Knochenskelett zeigte keine Abnormität. In den inneren Organen konnte ebenfalls keine Abnormität nachgewiesen werden. Die aus den Scutulis gezüchteten Culturen wurden in zahlreichen Exemplaren bereitet. In diesem Falle, sowie auch in allen von mir untersuchten Fällen habe ich in den Scutulis, welche von der behaarten Kopfhaut, sowie von der ganzen Haut genommen wurden, zwei Pilzarten, und zwar

immer gleichzeitig gefunden, welche ich später auf Platten oder noch besser auf Kartoffel gesondert habe. Es sind dies wahrscheinlich diejenigen Varietätchen des Pilzes, welche Quincke mit β und γ bezeichnet hat, obgleich dieselben nicht vollständig der Beschreibung Quincke's, wie wir weiter unten sehen werden, entsprechen. Den Quincke'schen α-Pilz zu erhalten, ist mir niemals gelungen.

Diese zwei Formen des Favuspilzes sind in ihrem mikroskopischen Bau ganz identisch — eine Unterscheidung dieser beiden Formen unter dem Mikroskop ist ganz unmöglich. Der ganze Unterschied zwischen ihnen beruht in gewissen Eigenthümlichkeiten der Culturen und diese Eigenthümlichkeiten sind so prägnant, dass es gar nicht möglich ist, dieselben nicht zu bemerken und somit auch nicht zwei Varietätchen des Pilzes zu unterscheiden. Gesondert findet man sie aber niemals, ich habe nie ein Scutulum gesehen, in welchem die eine oder die andere Form des Pilzes vorkäme — immer, ja sogar aus dem klinischen Scutulumstückchen erhält man sie beisammen, immer ist die Colonie gemischt und enthält mehr oder weniger die gleiche Quantität der einen oder der anderen Art des Pilzes. Erst in der entwickelten Cultur sieht man, dass dieselbe aus zwei verschiedenen Pilzarten besteht, welche man später schon leicht gesondert erhalten kann.

Das ist gewöhnlich der Fall, wenn wir Scutulumstückchen direct auf einen Nährboden impfen; wenn wir aber auf der Kartoffel bis zu vier bis sechs Verdünnungen verreiben, dann erhalten wir sogleich zwei Pilzarten. Die Unterschiede dieser zwei Pilzgattungen lassen sich nur auf zwei Nährboden, und zwar auf Kartoffel und Agar oder Agarglycerin, nachweisen. Auf Gelatine, Blutserum und Bouillon sind die Unterschiede gleich Null oder sehr geringe. Und da auch die mikroskopische Untersuchung keine Unterschiede zeigt, fasse ich die beiden Abarten als einen Pilz auf und bezeichne sie als Varietät I und II des Favuspilzes.

Varietät I des Favuspilzes. Auf Kartoffel in der Temperatur von 35° beginnt erst am dritten Tage die Entwickelung in der Gestalt von grauen kleinen, kleiner als hirsekorngrossen Knötchen, welche am vierten Tage mit dichten schneeweissen Härchen (Lufthyphen) bedeckt erscheinen. Nach Verlauf von sechs

bis zehn Tagen haben die Colonien 4—5 und mehr Millimeter im Durchmesser und haben die Gestalt eines erhabenen, mehr oder weniger halbkugeligen Knötchens mit centraler Concavität, welches mit einem dichten, flaumigen Belag von schneeweisser Farbe bedeckt ist. Später bilden sich auch auf der Peripherie der Cultur viele Concavitäten und Erhabenheiten. Auf der Kartoffel wächst der Pilz ziemlich tief, seine Zellen sind mit Hyphen des Pilzes ausgefüllt und dadurch erscheint die ganze Colonie ziemlich fest an die Kartoffel angeheftet. Wenn die Colonie ganz ausgebildet ist, was ungefähr am Ende der zweiten Woche geschieht, ist die der Kartoffel anliegende Oberfläche von schwefelgelber Farbe und dies ist von der grossen Zahl von Sporen, welche namentlich in dieser Partie vorhanden sind, abhängig. Die, von den Colonien des Pilzes nicht eingenommene Oberfläche der Kartoffel wird dunkel, nimmt eine bräunliche Farbe an, und nach Verlauf von zwei bis drei Monaten wird die Farbe vollständig braun; die Kartoffel zeigt einen unangenehmen Modergeruch. Zur selben Zeit d. h. am Ende des dritten oder im vierten Monate verliert die Oberfläche der Colonie eine Anzahl ihrer Lufthyphen und nimmt an den entsprechenden Stellen eine weissgraue Farbe an.

Auf Agar-Agar oder Agarglycerin bei der Temperatur des Blutes kann man ebenfalls erst am dritten Tage den Beginn des Wachsthums des Pilzes beobachten. Ein geimpftes Stückchen wird von einem dichten weissflaumigen Belag bedeckt und rings um denselben treten radienförmig in der Form eines $^1/_2$ Mm. breiten Ringes kurze Lufthyphen auf der Agaroberfläche auf. Nach Verlauf von fünf Tagen ist das geimpfte Stückchen doppelt so gross und wird von einem dichten weissen Flaum bedeckt. Auch in der Peripherie verbreitet sich der Flaum — aber flach und bedeutend breiter. Die Höhe der Colonie wird auch grösser, aber nicht so bedeutend und namentlich im Centrum. In die Tiefe des Agar wächst die Colonie so fest hinein, dass man dieselbe nur sammt dem Agar herausheben kann; diese in den Boden hineinwachsende Fläche ist wie wellenförmig und leicht gefaltet von hellgelber Farbe. Am Ende der Woche hat die Colonie sammt ihrem peripheren Theil bis 1 Ctm. und manchmal auch mehr im Durchmesser, dieselbe ist flach und nur ihr centraler, primär geimpfter Theil erhebt sich in der Gestalt eines erhabenen, halbkugeligen,

hanfkorngrossen oder auch grösseren Knötchens. Die ganze Colonie wird in zweifacher Weise geordnet: entweder treten vom centralen Knötchen radienförmige, nicht sehr tiefe Furchen zur Peripherie und sind, wie auch die Colonie selbst, mit dichtem schneeweissen Flaum (Lufthyphen) bedeckt, oder die Colonie ist gleichmässig gestaltet, ohne Furchen, aber ebenfalls mit dichtem Flaum bedeckt. Ihre hintere Fläche ist wellenförmig, als wenn dieselbe etwas concav wäre und nimmt eine mehr dunkelgelbe Farbe an, während Agar selbst etwas heller gelb tingirt erscheint. Am Ende der dritten Woche tritt in der Colonie keine bedeutende Vergrösserung und Veränderung ein. Wenn man die Colonie durch weitere zwei Monate in der Zimmertemperatur hält, verändert sich dieselbe folgendermassen. Das centrale Knötchen vergrössert sich unbedeutend, verliert den grösseren Theil seiner Lufthyphen, wodurch es eine leicht graue Farbe annimmt. Auch findet man auf der ganzen Oberfläche der Colonie viel weniger Lufthyphen, stellenweise sind sie auch gar nicht vorhanden; nach Verlauf von einem Jahr oder auch mehr ist ein bedeutender Theil der schiefen Fläche des Agar mit einem feinen weisslichen Flaum bedeckt und auf der Peripherie sieht man dicht gesäete, kleine, warzenförmige, mit Lufthyphen bedeckte, gerstenkorngrosse Colonien. Die hintere Fläche der Colonie nimmt eine gelbbraune Farbe an, gleichzeitig wird das Agar selbst ebenso gefärbt. Die Colonie selbst ist immer ziemlich trocken, lässt sich schwer von dem Nährboden abheben.

Auf erstarrtem Blutserum findet man noch nach Verlauf von drei Tagen keine bemerkbaren Veränderungen. Erst am vierten oder fünften Tage, bei einer Temperatur von 35—36° werden die geimpften Partikel an der Oberfläche des Serums angewachsen gefunden, sie runden sich ab, und stellen eine vollständig gleichmässige, glatte Oberfläche dar. — Nach Verlauf von 10—15 Tagen erheben sich die zuerst gerstenkorngrossen oder etwas grösseren Knötchen, werden halbkugelig und erreichen höchstens die Grösse einer halben Erbse, öfter aber sind sie kleiner und längs der schiefen Serumoberfläche perlschnurartig gereiht. Nach Verlauf von zwei Monaten treten rings um die Knötchen spärliche, radienartig geordnete Lufthyphen auf. Die Colonien selbst bedecken sich nicht, wie bei Agarcolonien, mit einem weissen Flaum. Das

Serum verändert seine Farbe nicht, erst nach mehreren Monaten, wenn das Serum auszutrocknen beginnt, nimmt es in der Nähe der Colonie eine gelbbraune Farbe an. Das Austrocknen des Nährbodens, des Serums wie auch des Agar, findet manchmal schon im 4.—5. Monate, häufiger aber nach Verlauf eines Jahres statt, wenn die Reagensgläser lange im Thermostaten aufbewahrt waren und vor dem Austrocknen ihres Inhalts nicht genügend geschützt waren.

In diesem Falle ist der Nährboden dünn, brockenhart, wie eine durchschimmernde gelbbraune Schichte, in welche die bedeutend veränderte Colonie der Favusscutula eingepflanzt erscheint. Die Colonie ist einer flachen Ringplatte ähnlich, welche etwas concav, ziemlich scharf begrenzt, von schmutziger Farbe, also viel heller als die sie umgebende Schicht erscheint; ihre Oberfläche ist ziemlich rauh, und auf dem Durchbruch ist sie trocken und von etwas hellerer gelber Farbe.

Es ist keine Spur von Lufthyphen vorhanden, auch sieht man nicht denjenigen Bau, welchen die Colonie auf frischen Culturen zeigte. Es ist dies also eine auf künstlichem Boden erhaltene Bildung, welche ähnlich dem Favusschildchen, aber etwas dünner und dunkler erscheint.

Auf Bouillon wächst der Pilz fast ebenso wie auf Agar, und entwickelt sich zu derselben Zeit. Es entwickeln sich sehr zahlreiche schneeweisse Lufthyphen, dieselben sind aber bedeutend länger als diejenigen, welche sich auf Agar entwickelt haben.

Nach Verlauf von 8—10 Tagen (in der Temperatur des Blutes) bildet sich auf der Oberfläche der Bouillon eine Colonie in der Gestalt einer rundlichen oder unregelmässig ovalen Membran, manchmal ist dieselbe gezackt und mit einigen Concavitäten versehen; die freie Oberfläche ist mit einem dichten weissen Flaum bedeckt, welcher auch auf die Wände des Reagensglases übergeht und dünne, netzförmige Membranen bildet. Der Grund der Colonie ist von hellgelber Farbe.

Ausserdem ist die ganze im Reagensglase enthaltene Bouillon gefüllt mit leichten, netzartigen Gebilden, welche in ihr suspendirt sind und die Farbe der Bouillon annehmen. Nach Verlauf von 2—3 Wochen sind die Colonien weiter entwickelt, dieselben sind nämlich dicker und dichter, und die Bouillon nimmt eine

mehr dunkelgelbe Farbe an. Nach einigen Monaten verliert die Colonie auf der Oberfläche der Bouillon eine gewisse Anzahl von Lufthyphen, die Bouillon nimmt eine etwas bräunliche Farbe an, und wird stark alkalisch.

Der Pilz I wächst sehr gut auch auf der Nährgelatine von neutraler oder schwach alkalischer Reaction; seine Entwickelung ist aber etwas retardirt. Erst am 4.—6. Tage kann man Spuren des Wachsthums constatiren; ein Stückchen von der Colonie, welche von Kartoffel oder Agar auf Gelatine geimpft wird, verflüssigt in dieser Zeit die Gelatine in einer unbedeutenden Dicke, und dadurch sinkt sie etwas in die Tiefe derselben hinein.

Nach Verlauf von einer Woche treten rings um die Colonie kurze, dichte Härchen auf, welche auf der Oberfläche, respective am Orte des freien Luftzutrittes von schneeweisser Farbe sind, in der Tiefe die Farbe der Gelatine annehmen. In einer späteren Zeit bilden sich sehr ähnliche Colonien wie auf Bouillon, dieselben sind aber nicht so gross und besitzen nicht eine solche Zahl und nicht so lange Lufthyphen. Der Grund ist gelblich. Gleichzeitig wird die Gelatine immer mehr verflüssigt und nimmt eine gelbliche Farbe an. In 2—3 Monaten ist die Oberfläche der verflüssigten Gelatine vollständig mit einer ziemlich dicken, gefalteten Membran bedeckt, welche eine schneeweisse, flaumige obere, und eine gelbbräunliche untere Fläche zeigt. Ziemlich oft liegt die ganze Colonie fest den Wänden des Reagensglases an, so dass, wenn dasselbe umgekehrt wird, die Membran die verflüssigte Gelatine nicht durchlässt. Nach 6 Monaten oder nach noch längerer Zeit wird die Gelatine vollständig verflüssigt, trocknet theilweise aus und nimmt manchmal eine dunkelbraune Farbe an. Ihre Reaction wird eine stärker alkalische.

Wenn wir mit einem Platindraht eine geringe Quantität der Pilzsporen von der Colonie, welche sich auf Kartoffel entwickelt, entnehmen, und durch Stich auf Gelatine überimpfen, dann erhalten wir ein von dem obigen etwas verändertes Bild.

Längs des Einstichcanales bilden sich an einigen Stellen punktförmige, etwas trübe Herde von verflüssigter Gelatine in welchen wir nach 8—10 Tagen kleine, gerstenkorngrosse oder noch kleinere Colonien, die in die Peripherie lange Fäden senden, erblicken. Diese Colonien sind einer Spinne, welche sehr feine

Fäden von Spinngewebe entsendet, sehr ähnlich. Mit der Zeit vergrössern sich die Colonien unbedeutend, nur ihre peripheren Fäden verlängern sich immer mehr. Die Gelatine wird sehr langsam verflüssigt.

Auf schwach sauer reagirender Gelatine entwickelt sich der Pilz ebenso, wie auf neutraler oder alkalischer, nur mit dem Unterschiede, dass sich derselbe um einige Tage später zu entwickeln beginnt, und dass die Colonien nie eine solche Grösse wie die oben beschriebenen erreichen. Die Colonie tritt auf sauerer Gelatine als ein kleines Stück von einer ziemlich dicken, zusammengerollten Membran auf, welche auf der verflüssigten Gelatine schwimmt, an die Ränder des Reagensglases nicht reicht und 3—4 Mm. von denselben absteht. Die Gelatine wird braun gefärbt und ist endlich von neutraler Reaction.

Bei Zimmertemperatur (18—20°) entwickelt sich der Pilz I bedeutend langsamer und überhaupt schlechter als auf anderen Nährboden bei derselben Temperatur. Nach acht Tagen wächst das geimpfte Stückchen in den Agar hinein, vergrössert sich sehr unbedeutend, und auf der Peripherie sieht man einen schmalen (0·5—1·0 Mm.), weisslich-grauen Saum von Lufthyphen, welche radiär zur Colonie angeordnet sind. Die Colonie selbst ist von grauer Farbe, und hie und da sieht man auf derselben eine Gruppe von Lufthyphen.

Nach drei Wochen ist die Colonie erst doppelt so gross, wie das geimpfte Stückchen, ihre Oberfläche verändert sich nicht, und die peripheren Lufthyphen verschwinden. Nach einigen Monaten erlangt die Colonie höchstens die Grösse einer halben Erbse, niemals aber gelangt sie zu der Grösse, wie die Culturen dieses Pilzes bei der Temperatur des Blutes.

Der Boden der Cultur ist Anfangs von blassgelber Farbe, wird später schwefelgelb, und der Agar, auf welchem sich die Colonien entwickelt haben, hat sogar nach sieben Monaten seine Farbe nicht verändert.

Varietät II des Favuspilzes. Die Unterschiede zwischen diesem und dem vorherigen Pilze lassen sich nur auf Kartoffel und Agar nachweisen, auf anderen Nährboden sind die Unterschiede nicht sichtbar, und deshalb werde ich hier namentlich die Culturen auf Kartoffel und Agar beschreiben.

Bei einer Temperatur von 30—35° wachsen die Culturen ziemlich rasch. Ebenso wie die erste Varietät beginnt auch der Pilz II erst nach zwei Tagen sich zu entwickeln. Auf der Kartoffel treten kleine, gerstenkorngrosse Knötchen auf, welche mit spärlichen, kurzen, dicken, grauen Hyphen wie mit Stacheln bedeckt erscheinen. Die Colonien sind weissgrau, sind also dunkler als der Nährboden, auf welchem sie sich entwickeln. Nach einer Woche haben die Colonien schon 0·5 Ctm. im Durchmesser, dringen in die Kartoffel hinein und überragen gleichzeitig die Oberfläche der Kartoffel auf 2—3 Mm., stellen also mehr oder weniger halbkugelige Knötchen mit kleinen Vertiefungen und Erhabenheiten dar.

Die Lufthyphen schwinden zu dieser Zeit fast vollständig und dadurch nehmen die Colonien eine noch mehr graue Farbe an. Der Grund ist von schwefelgelber Farbe. Gleichzeitig wird auch die Kartoffel braun.

In der zweiten und dritten Woche werden die Colonien noch um ein Bedeutendes grösser, wachsen aber nicht mehr so rasch wie im Beginn; ihr Aussehen verändert sich aber nicht mehr, nur die Oberfläche der Kartoffel wird immer dunkler braun, und verbreitet einen unangenehmen Modergeruch, sehr ähnlich dem Geruche, welchen verschiedene mit Schimmelpilzen bedeckte Nahrungsstoffe geben.

Später zeigen auch im Thermostaten aufbewahrte Culturen keine weitere Vergrösserung der Colonien des Pilzes.

Die Trennung der Colonie von der Kartoffel ist eine ziemlich schwierige, immer bleiben am Boden der Colonie Kartoffelpartikel haften, welche nur zusammen mit den in das Mycel hineinwachsenden Hyphen abgenommen werden können.

Auf Agar oder Agarglycerin bildet sich am dritten Tage bei einer Temperatur von 35° ein weissgraues, radienförmiges Wölkchen rings um die geimpfte Partie, welche gleichzeitig etwas grösser wird, und mit spärlichen, kurzen, grauen Hyphen, welche manchmal kurzen, stachelförmigen Nadeln ähnlich sind, bedeckt erscheint.

Die Farbe der Colonie ist zu dieser Zeit grau, die Peripherie von weissgrauen Radien umgeben, der Grund gelblich gefärbt.

Bei einer Temperatur von 30° tritt dieses Wachsthum der Colonie erst am fünften Tage auf.

Am Ende der ersten Woche ist die Colonie fast zur vollständigen Entwickelung gekommen, gelangt aber noch nicht zu ihrer Endgrösse. Zu dieser Zeit sieht die Colonie so aus, als wenn dieselbe aus zahlreichen, unter einander verfilzten Spiralen bestehen würde; oder auch als wäre die Hauptpartie der Colonie durch radienförmige und concentrische Furchen in eine Menge unregelmässiger S-förmiger, oder auf der Oberfläche spiralig gewundener Ausschnitte getheilt. Die Colonien überragen bedeutend die Oberfläche des Agar, am meisten erhebt sich aber die centrale Partie; der Pilz dringt auch ziemlich tief in den Nährboden hinein. Der grösste Durchmesser der Colonie beträgt zu dieser Zeit bis 0·5 Ctm., die Höhe 1 Mm.; die Farbe bleibt immer eine graue, — die geringe Zahl und die kurzen Lufthyphen können der Colonie nicht die schneeweisse Farbe, welche die frühere Varietät des Pilzes besitzt, ertheilen.

Nur auf der Peripherie ist die Zahl der Lufthyphen eine etwas grössere; dieselben vertheilen sich radienförmig und bilden einen 2 Mm. breiten Ring.

Zu dieser Zeit sind manche Colonien namentlich in die Höhe gewachsen oder dicker geworden, der Flaum ist vollständig geschwunden, und nur auf der Peripherie ist ein schmaler Saum Lufthyphen übrig geblieben.

Am häufigsten aber besteht die Peripherie der Colonie aus einer dünnen Membran, die, je weiter von der Colonie entfernt, desto dünner wird, und welche aus dichten, radienförmig ausstrahlenden Mycelhyphen besteht. Indem das Centrum der Colonie emporsteigt und immer grösser wird, beginnt diese Membran sich zu falten, und bildet fünf oder mehr Furchen, wie Radien eines Kreises, die sie in einige im Centrum confluirende Segmente theilen. Später wird die centrale Partie der Colonie grösser, auf Kosten der sie umgebenden peripheren Partien dicker, und die radienförmigen Hyphen werden gleichzeitig etwas weiter geschoben. Auf diese Weise wächst die Colonie, und nimmt eine immer grössere Strecke ein; sie ist zu dieser Zeit grau, wie durchscheinend, sehr zerbrechlich, so dass man im Stande ist, die

kleinsten Theilchen zu fassen. Der Grund zeigt eine orangegelbe und das Agar eine gelbliche Farbe.

Nach 2—3 Wochen wachsen die in Zimmertemperatur gehaltenen Culturen sehr langsam weiter. Zu dieser Zeit beträgt der Durchmesser (ihres Bodens) 1·5 Ctm. und die Höhe bis 2 Mm. Nach einigen Monaten, nach einem Jahr und mehr, kann man noch einen Zuwachs constatiren, so dass manchmal in den älteren Culturen die ganze schiefe Agaroberfläche mit einer Pilzvegetation bedeckt ist, und das Wachsthum in die Höhe wird so bedeutend, dass die gegenüberliegende Wand des Reagensglases erreicht wird. Die Farbe des Bodens der Colonie wird eine dunkelbraune, manchmal fast eine schwarze, die ganze Colonie und der Nährboden, auf welchem sie sich entwickelt hat, etwas heller als der Boden der Colonie. Ein Flaum von Lufthyphen existirt am häufigsten schon zu dieser Zeit gar nicht.

Oft aber wachsen die geimpften Culturen dieses Pilzes nach einer gewissen Zeit etwas anders. Bis zum vierten oder fünften Tag ist der centrale Theil der Colonie mit grauen, kurzen, wie stachelförmigen Nadeln bedeckt; die Peripherie ist radienförmig, aber auch von grauer Farbe.

Am 6.—7. Tage ist die centrale Partie schon mit einem schneeweissen Flaum, ähnlich wie beim Pilz I, bedeckt, welcher ziemlich dicht, aber nicht so reichlich erscheint. Nach Verlauf von 12—15 Tagen beginnt auch die Peripherie sich mit einem ähnlichen Flaum zu bedecken. In dieser Periode ist die Aehnlichkeit dieser beiden Varietätchen eine bedeutende, so dass die Varietät II sich nur durch ihre bedeutend grösseren Dimensionen, durch eine grosse Höhe ihres centralen Theiles, und durch etwas dunklere Farbe des Bodens der Colonie, und eine dunklere Farbe des Agars auszeichnet.

Wenn die schon etwas älteren Colonien sich auf ungenügend vom Austrocknen geschützten Agar entwickeln, dann erhalten wir eine Art trockene, schwefelgelbe oder braune Scutula auf einer dünnen Schichte von ausgetrocknetem, braunem Agar, wie ich dies bei der Varietät I erwähnt habe.

Auf Agar und bei Zimmertemperatur (15—18°) gezüchtete Varietät II entwickelt sich ähnlich wie die Varietät I sehr langsam, und ihre Colonien erreichen niemals bedeutende Dimensionen,

denn der grösste Durchmesser, d. h. der Durchmesser des Bodens, übersteigt nicht 0·5 Ctm.

Auf den Colonien ist kein Flaum vorhanden, nur auf der Peripherie strahlen spärliche, radienförmige Hyphen aus; der Nährboden verändert seine Farbe nicht.

Der Pilz kommt sehr spät zur Entwickelung, erst am 8. bis 10. Tage.

Auf erstarrtem Blutserum neutraler oder schwach sauerer Gelatine, auf Bouillon wächst derselbe und verhält sich ebenso wie der Pilz I. Er zeigt keine bemerkbaren Eigenthümlichkeiten.

Am besten wird sowohl dieser, wie auch der frühere Pilz auf Bouillon gezüchtet, wo sich derselbe rasch und üppig entwickelt, und seine Sporen sehr lange ihre Fähigkeit, Sprossen zu entwickeln, bewahren.

Ausser Bouillon bilden die Kartoffel, das Blutserum und das Agarglycerin den am meisten entsprechenden Nährboden für ihre Entwickelung.

* * *

Die mikroskopische Untersuchung dieser beiden Varietäten des Favuspilzes hat keine Unterschiede gezeigt. In den Colonien, welche sich am fünften Tage bei einer Temperatur von 35° auf Agarglycerin entwickeln, finden wir Mycelhyphen von verschiedener Dicke, welche entweder gabelförmig sich theilen, oder auch unter einem ziemlich scharfen Winkel von den Seiten sich abzweigen; die Enden der Hyphen sind stumpf und abgerundet. Auf der Peripherie der Colonie sind die Hyphen sehr dick, denn sie zeigen eine Dicke von 3—6 μ. Anfangs zeigen dieselben keine querliegenden Septa, theilen sich später in lange rechtwinkelige Glieder, welche 15 μ und länger sind, hauptsächlich von gleichmässigem Inhalt.

Erst nach ungefähr acht Tagen kann man in ihnen ovale oder runde Vacuolen von verschiedener Grösse constatiren, ausserdem findet man hie und da Fetttröpfchen und grössere Proteïnkörnchen.

Näher dem Centrum der Colonie sind die Mycelhyphen etwas dünner, von 1·5—2 μ, und durch querliegende Septa in kürzere Glieder getheilt; in jedem einzelnen Gliede kann man

eine gleichmässige Membran und einen körnigen Proteïninhalt, welcher sehr gierig die Färbungsmittel anzieht, unterscheiden. Auch in ihnen finden wir ziemlich viel Vacuolen. Ausser diesen lassen sich noch dünnere Mycelhyphen mit deutlichen Contouren und mit ziemlich weit von einander entfernten, querliegenden Septis, und einem namentlich deutlich an der gabeligen Theilung und überhaupt an der Ausgangsfurche der Zweige markirten, körnigen Inhalt constatiren. Ihre Enden sind abgerundet, und die zwischen den Septis gelegenen Zwischenräume messen bis 18 μ und mehr.

Schliesslich bestehen ziemlich oft die Mycelhyphen in den auf Kartoffel und Agar bei einer Temperatur von 35° und einer höheren gezüchteten Colonien aus rundlichen, ovalen oder längsovalen, ziemlich grossen Gliedern, welche um das Mehrfache die Grösse der Sporen übertreffen. Solche Hyphen könnte man mit einer Korallenschnur vergleichen. Am häufigsten haben dieselben einen starken Glanz, es kommen aber auch körnige vor. Auch ist bei ihnen ebenso wie in den oben erwähnten eine Membran deutlich markirt.

Alle diese Varietäten dieser Mycelhyphen quellen sehr leicht im Wasser auf, und der Inhalt tritt bei leichtem Drucke heraus; noch leichter quellen dieselben im Glycerin auf und werden durchsichtig.

Von der Seite der oben beschriebenen Hyphen treten Sprossen in der Gestalt einer, auf einem kurzen, dünnen Zweige sitzenden Knospe auf, ein querverlaufendes Septum theilt dasselbe von der Hyphe; nach 4—5 Tagen schwellen diese Knospen an und bilden birnförmige, ovale oder kolbige Producte. Wenn dieselben schon zur scheinbar vollständigen Entwickelung gelangt sind (7—10 μ seltener 15 μ Durchmesser) sind sie Säckchen mit gleichmässigen, glänzenden, doppeltcontourirten Wänden ähnlich; diese Säckchen sind mit einem körnigen Protoplasma erfüllt, inmitten dessen sehr grosse, stark glänzende Proteïnkörnchen gefunden werden. Nach einigen Tagen sehen diese Kolben schon etwas anders aus. Dieselben vergrössern sich noch um ein Unbedeutendes, wahrscheinlich in Folge einer Quellung des Inhaltes, welcher feinkörnig wird, die Wände des Sackes werden dünner und platzen an einer und manchmal an drei Stellen, und der herausgefallene

Inhalt, welcher Anfangs die Form einer körnigen Kugel zeigte, zerfällt schliesslich vollständig; der Sack selbst zieht sich nach der Entleerung zusammen; Anfangs sieht man noch auf demselben die Fissuren, später aber atrophirte derselbe, so dass er einem zusammengedrückten Theil der Membran der Mycelhyphen ähnlich ist.

Sehr oft wachsen auf den Enden der Hyphen solche kolbenförmige Bildungen, oder auch, was seltener vorkommt, es quillt im Centrum der Hyphe ein Glied auf, und zeigt eine analoge Bildung. Eine gewisse Anzahl der Körnchen sowohl in den kolbenförmigen Bildungen, wie auch in den Hyphen selbst zeigt einen gelben Anstrich. Es sind dies wahrscheinlich gelbgefärbte Fetttröpfchen, welche vielleicht dazu beitragen, dass der Boden der Colonie eine schwefelgelbe oder braune Farbe annimmt. Je älter die Colonie ist, und je näher dem Boden der Colonie, desto mehr kann man gelbliche Fetttröpfchen, constatiren.

Die beschriebenen kolbigen Bildungen finden wir in jeder Cultur, ohne Unterschied ob dieselbe bei Zimmertemperatur, oder bei Temperatur des Blutes zur Entwickelung kommt. Die grösste Zahl derselben finden wir aber in Culturen auf Bouillon und Kartoffel bei einer Temperatur von 35°, am wenigsten finden wir dieselben in Gelatineculturen und bilden sich dieselben erst zu Ende der zweiten Woche. Sie sind sehr ähnlich, wie dies Quincke[1]) sehr richtig bemerkt, den Mucorsporangien, welche aber nicht zur vollständigen Reife gelangen und keine Sporen bilden, sondern bis zu der oben beschriebenen Entwicklungsphase angelangt, zerfallen oder vielleicht atrophiren. Es scheint aber, dass diese unvollständige Sporangienbildung fortwährend stattfindet, so dass, während die einen zerfallen, immer neue sich bilden; denn ich habe in dreimonatlichen und älteren Culturen immer eine ziemlich grosse Quantität derselben constatiren können. Zu den stetig in den Culturen dieses Pilzes sich findenden Producten gehören auch die unorganischen Salze: in den älteren Colonien finden wir sehr viele Krystalle von phosporsaurem Ammoniak und Magnesia, wie auch Krystalle von oxalsaurem Kalk.

Die Sporen dieses Pilzes sind rund oder etwas oval, dieselben

---

[1]) l. c. pag. 69.

sind ziemlich gross und stark lichtbrechend; in einer höheren Temperatur bilden sie sich ziemlich frühzeitig und am zehnten Tage ist ihre Zahl eine so grosse, dass sie den Boden der Colonie, auf welchem sie sich hauptsächlich bilden, eine schwefelgelbe oder bräunliche Farbe verleihen.

Eine ziemlich grosse Zahl von Sporen bilden auch die Lufthyphen. Dieselben bilden sich hauptsächlich aus den seitlichen Fortsätzen der Hyphen, seltener aus den freien Enden. Im letzteren Falle theilt sich die Pilzhyphe gabelförmig, und jeder Gabeltheil scheidet wiederum unter einem scharfen Winkel zwei Zweige ab; ihre Enden sind geschwellt, und die Anschwellungen sind mit einem stark glänzenden kugeligen Körper von scharfen Contouren gefüllt, welche sehr ähnlich den Sporen auf dem Boden der Colonie sind.

Am besten lässt sich die Sporenbildung bei Culturen in einem hängenden Tropfen beobachten, und die entsprechenden mikroskopischen Präparate können nur aus einer solchen Cultur erhalten werden. Ebenso kann die Sporenkeimung namentlich gut im hängenden Tropfen untersucht werden: — die Sporen scheiden mehrere Zweige in verschiedenen Richtungen aus.

Die Sporen erhalten eine lange Zeit ihre Keimfähigkeit. Die aus alten (6—17 Monate) auf frischem Nährboden geimpften Culturen bilden noch neue Colonien des Pilzes. Sogar aus gänzlich vertrockneten Colonien, welche mit dem Messer von den Wänden des Reagensglases abgekratzt werden mussten, gelang es mir frische Colonien des Favuspilzes zu erhalten.

Wenn man die Culturen der Wirkung der Hitze (53—55°) auf 15—30 Minuten aussetzt, sterben die Pilze noch nicht ab, aber eine solche Temperatur beeinflusst die Sporen in der Weise, dass sie ihre Entwickelung bedeutend verspätet. Während diese Sporen gewöhnlich im Thermostaten am dritten Tage zu keimen beginnen, entwickeln sich dieselben bei der Einwirkung der obigen Temperaturen erst am siebenten Tage oder auch später.

Die Einwirkung von höheren Temperaturen als 55° oder ein längeres Verweilen unter der Einwirkung von dieser Temperatur vernichtet vollständig ihre Keimfähigkeit. Soviel über die Wirkung der Hitze. Das Licht übt auf den Favuspilz absolut keine Wirkung aus.

Was die Einwirkung von chemischen Agentien anbetrifft, so habe ich schon oben bemerkt, dass ein unbedeutender Säuregrad des Nährbodens das Wachsthum des Pilzes verlangsamt und beschränkt und ein bedeutender Säuregrad seine Entwickelung vollständig hemmt. Ebenso verhält es sich mit Lösungen von alkalischen Salzen: Soda und Borax vernichten schon in einer Lösung von 1$^0/_{00}$ die Keimfähigkeit der Sporen. Antiseptische Mittel, wie Sublimat, Carbolsäure etc. vernichten die Sporen in einer schwachen Lösung, Anthrarobin in einer einprocentigen Lösung, während drei- bis vierprocentige Creolinlösung die Entwickelung des Favuspilzes nicht im geringsten stört.

Die obigen theoretischen Auseinandersetzungen, welche uns überzeugen, wie leicht die Sporen der Favuspilze vernichtet werden können, bemühte ich mich, zu therapeutischen Zwecken auszunützen. Die grösste Schwierigkeit bei der Behandlung des Favus besteht aber darin, dass die Pilze sehr tief mit dem Haar in die Haartaschen hineinwachsen, und deshalb die Wirkung des antiseptischen Mittels eine problematische wird.

Auf zwei Wegen bemühte ich mich den Favus zu vernichten: durch die Wirkung hoher Temperaturen, und durch Application von Mitteln, welche die Keimfähigkeit der Sporen vernichten: Anthrarobin und Borax. Meine Resultate sind nicht ganz sicher, jedenfalls will ich dieselben angeben, um zu weiteren Versuchen in dieser Richtung anzuregen.

Was den ersten Punkt, d. h. die Wirkung der hohen Temperaturen anbelangt, so habe ich, gestützt auf die Thatsache, dass eine höhere Temperatur als 55° die Sporen zur Keimung unfähig macht, täglich eine Compresse von 60—65° auf den Kopf (nach der Entfernung der Scutula und nach Rasiren des Kopfes) applicirt, und dieselben während einer Stunde oft gewechselt. Später habe ich zweiprocentige Boraxlösung von derselben Temperatur, in welche diese Compressen getaucht werden, applicirt und mit denselben den rasirten Kopf während einer halben bis einer Stunde bedecken lassen. Schliesslich habe ich Anthrarobin in der Form einer zehnprocentigen Salbe benützt. Es wurde Anthrarobin und eine doppelte Quantität Borax in absolutem Alkohol gelöst und diese Lösung auf einem Wasserbade mit der entsprechenden Quantität Vaselin, bis zur vollständigen Salbenbildung gemischt.

Diese Salbe wurde zwei Mal täglich in den abrasirten oder kurz geschorenen Kopf eingerieben.

Alle diese Mittel ergaben aber nicht die gewünschten Resultate. Weder die hohe Temperatur, wahrscheinlich wegen der Schwierigkeit, dieselbe durch eine längere Zeit auf einer gewissen Höhe zu erhalten, noch Anthrarobin und Borax vernichteten vollständig die Pilzform. Nach Verlauf von mehreren Tagen bildeten sich beim Aussetzen der applicirten Mittel von Neuem zahlreiche Mycelhyphen. Die auf Bouillon oder Agar geimpften Haare werden nach sechs bis zehn Tagen mit Hyphen bewachsen. Es ist möglich, dass die jetzt vorgenommenen Versuche bessere Resultate ergeben werden. Jedenfalls besitzen die obigen Mittel eine und zwar wichtige Eigenschaft, es quellen bei der Application dieser Mittel die Haarzwiebel und Haartaschen ziemlich stark auf und dadurch lässt sich das Haar leichter ausreissen und der Schmerz wird unbedeutend. Nur das Anthrarobin hat den Nachtheil, dass es manchmal den Haaren auf längere Zeit eine röthliche Farbe verleiht.

* * *

Bei der Impfung der beiden Pilzvarietäten habe ich bei Thieren bis jetzt negative Resultate gehabt. Auf der Haut von Kaninchen und weisser Mäuse haben sich die Pilze nicht entwickelt, es trat zwar eine Röthung der Haut und eine leichte Abschuppung auf, aber dieselbe schwand nach einigen Tagen und musste eher einer Reizung, welche durch das Rasiren etc. hervorgerufen wurde, als dem Einfluss des Pilzes, zugeschrieben werden. Die unter die Haut der Thiere gebrachten Culturentheile haben ebenfalls keine Veränderungen hervorgerufen. Schliesslich habe ich eine grosse Quantität in Bouillon suspendirte Sporen in die Jugularvene des Kaninchens injicirt. Bei einem nach sieben Wochen getödteten Thiere, fand ich keine Veränderungen in den Organen.

Auch bei Menschen ergaben die Impfungen keine besseren Resultate. Zwei Patienten habe ich mehrmals reine Culturen in die Haut des Vorderarmes und Thoraxseiten geimpft, auch bei diesen Kranken traten keine Favusscutula auf, obgleich diese Patienten mit reichlichen Scutulis auf dem Kopfe und mit spärlichen auf den unteren Extremitäten behaftet waren. Es sind wahrscheinlich besondere Umstände zur Entwickelung des Favus

erforderlich. Die in der letzten Zeit vorgenommenen Impfungen gaben viel bessere Resultate und ich habe die Absicht, dieselben nächstens zu publiciren.

Wenn wir die Eigenschaften der Culturen dieser beiden Varietäten des Pilzes ins Auge fassen und dieselben mit den von Quincke beschriebenen Pilzen vergleichen, so sehen wir, dass sie ziemlich bedeutende Unterschiede zeigen. Obgleich die Culturen der Varietät II mikroskopisch den Pilzen β und γ ähnlich sind, so zeichnen sich dieselben durch eine bedeutende Höhe aus und mit der Zeit wachsen dieselben auch in die Tiefe des Nährbodens; die Lufthyphen treten nicht so spät auf wie dies Quincke gesehen hat; nur sind dieselben im Beginn der Entwickelung spärlich und ziemlich kurz und gehen in späterer Zeit gänzlich verloren. Manchmal sieht man aber auch in einer späteren Periode am Rande der Colonie einen leichten Flaum, dies rührt aber davon her, dass die Randpartien sich entwickeln (wodurch die Colonie an Umfang zunimmt), sie bilden also die erste Entwickelungsphase des Pilzes, welche von einer Bildung von spärlichen, kurzen Lufthyphen begleitet wird. In den späteren Generationen dieser Culturen wird ihr Aussehen schon etwas anders, wie ich dies schon oben bemerkt habe. Weiter behauptet Quincke, dass seine Pilze β und γ die Gelatine nicht braun färben, während mein Pilz II alle Nährböden, auf welchen er sich entwickelt, dunkelbraun und später fast schwarz färbt und der Pilz selbst nimmt ebenfalls eine braune Farbe an. Schliesslich habe ich die kolbenförmigen Gebilde, die den Mucorsporangien ähnlich sind und welche Quincke nur in der ersten Woche gesehen hat, immer, sogar in sehr alten Culturen gesehen. Die einen waren in der Periode der Atrophie, die anderen frisch gebildet, so dass ich dieselben für einen charakteristischen Bestandtheil der Favuspilzculturen betrachten möchte. Die Varietät I meines Pilzes ist, was den mikroskopischen Bau anbetrifft, ganz der vorherigen ähnlich, aber die Culturen erinnern sehr an den Pilz α von Quincke. Derselbe unterscheidet sich aber dadurch, dass er nicht rascher als die Varietät II wächst, und meistens eine flache Colonie, welche mit der Zeit in die Tiefe des Nährbodens eindringt, bildet; die Gelatine wird nicht braun gefärbt,

ausserdem habe ich bei diesem Pilz niemals Makrogonidien gesehen. Einen Pilz, welcher mit den Qualitäten des Pilzes α Quincke versehen wäre, habe ich niemals beim Menschen gesehen. Derselbe gleicht eher dem Favuspilze, welcher von Boer[1]) bei der Maus beschrieben wurde. Aus dem Obigen resultirt keineswegs, dass ich das Vorhandensein des Pilzes α Quincke in Frage stellen wollte; aber ich kann auf Grund meiner zahlreichen Culturen, welche von Favusscutulis, die von siebenundzwanzig Individuen entnommen wurden, behaupten, dass in den typischen Favusscutulis nur die beiden von mir oben beschriebenen Varietäten des Pilzes vorhanden sind.

Sollen dieselben als ein Pilz, welcher etwas verschiedenartig auf gewissen Nährboden zur Entwickelung kommt, oder auch, wie dies Quincke thut, für zwei verschiedene Pilze gehalten werden? Was mich anbetrifft, so resultirt schon aus der von mir eingeführten Eintheilung in Varietät I und II meine Ansicht in dieser Beziehung. Der mikroskopische Bau beider Varietäten ist gleich, auf Bouillon, Gelatine und Serum sind sie sich so ähnlich, dass ein Auseinanderhalten unmöglich erscheint und schliesslich sind selbst auf Agar bei Zimmertemperatur die Unterschiede zwischen ihren Colonien fast Null.

Ausserdem findet man sie immer zusammen und sie lassen keine Unterschiede in dem Bau der Favusschildchen in dem äusseren Aussehen zu Tage treten. Alle diese Thatsachen zwingen mich dazu, einen Pilz für den Favus anzunehmen.

---

[1]) Zur Biologie des Favus. Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis, 1887. pag 429 u. f.

Aus der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten
des Herrn Geheimrath Prof. Doutrelepont zu Bonn.

Zur Behandlung der Psoriasis, insbesondere mit Hydroxylaminum muriaticum.

Von

Dr. Joh. Fabry,
Erster Assistenzarzt.

Am Schlusse einer Abhandlung über die toxikologischen Eigenschaften des Hydroxylamin spricht Binz[1]) die Ueberzeugung aus, dass dieser Körper therapeutisch die Pyrogallussäure und das Chrysarobin in der Dermatologie zu ersetzen im Stande sei, indem es gleich diesen stark reducirend wirke und den Vorzug habe, die Haut, die Wäsche und das Verbandmaterial unverfärbt zu lassen. Noch ehe dieser Aufsatz im Druck erschien, war mein Chef, Herr Geheimrath Doutrelepont auf eine persönliche Mittheilung von Binz hin in der Lage, auf seiner dermatologischen Abtheilung das genannte Mittel in Anwendung zu ziehen; auf diese Weise konnten wir schon seit Mai vorigen Jahres bei einer ausreichenden Zahl von Psoriasiskranken seine therapeutischen Eigenschaften prüfen.

Schon bei der letzten Naturforscherversammlung konnte Doutrelepont gelegentlich des Besuches der dermatologischen Section in Bonn auch mehrere in der Klinik mit Hydroxylamin behandelte Patienten aufweisen. In der Januarsitzung der nieder-

[1]) Binz, Toxikologisches über das Hydroxylamin, Virchow's Arch. Bd. 113, Heft 1.

rheinischen Gesellschaft theilte Doutrelepont[1]) die bei 23 Patienten — lauter Psoriasiskranken — erzielten Erfolge mit, ohne sich wegen zu kurz bemessener Zeit auf Details einlassen zu können; es ist daher der Zweck dieser Zeilen, die im verflossenen Jahre mit der Benutzung des erwähnten Medicamentes in der hiesigen Klinik gesammelten Erfahrungen mitzutheilen und, da wir bei den meisten Kranken das neue Mittel vergleichsweise zusammen mit den früher empfohlenen Topica verwendeten, so werden wir nicht umhin können, unsere Erörterungen wenigstens in Kürze auf die bisherige Therapie der Psoriasis auszudehnen, insonderheit des Anthrarobin sowie der internen Behandlung mit grossen Dosen Jodkalium Erwähnung zu thun.

Das von uns benutzte Präparat stellt die salzsaure Verbindung des Hydroxylamin dar. Das Hydroxylamin wurde zuerst von Lossen im Jahre 1865 durch Reduction aus der Salpetersäure gewonnen. Es ist ein dem Ammoniak verwandter Körper:

NH_3 Ammoniak NH_2OH Hydroxylamin

und hat wie das Ammoniak die Eigenschaft, mit der Salzsäure leicht Verbindungen einzugehen:

NH_3HCl Salmiak $NH_2OH.HCl$ Hydroxylamin muriaticum.

Die salzsaure Verbindung des Hydroxylamin ist ausgezeichnet durch leichte Löslichkeit in Wasser, Weingeist und Glycerin; diese Lösungen röthen blaues Lackmuspapier sehr intensiv.

Hinsichtlich der biologischen Eigenschaften hat sich nach den Ermittelungen von Binz[2]) ergeben, dass der Körper einen lähmenden Einfluss auf die Nervencentren ausübt, ein Narcoticum ist, das in grösseren Dosen Krämpfe und den letalen Ausgang herbeiführt. Wie sowohl durch das Thierexperiment beim circulirenden Blut als auch ausserhalb des Körpers durch Mischen des Blutes mit Hydroxylamin nachgewiesen wurde, führt das Hydroxylamin das Oxyhämoglobin des Blutes in Methämoglobin über durch Sauerstoffentziehung; diese seine reducirende Eigenschaft ist eine sehr energische und fast augenblicklich eintretende.

---

[1]) Doutrelepont, Sitzung der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde vom 18. Februar 1889.

[2]) Binz, l. c.

In Anbetracht der so grossen Giftigkeit des Hydroxylamin ist Binz[1]) der Ueberzeugung, dass eine Verwendung in der internen Therapie nicht statthaben kann. Anders verhält es sich bei der Behandlung der Dermatonosen, wo allerdings auch eine Resorption und ein Eindringen der toxischen Substanz in die Blutbahn statthaben kann, jedoch bei einiger Vorsicht es sich vermeiden lässt, dass bedrohliche Intoxicationen eintreten; bei Affectionen der Haut, die Exulceration darbieten, dürfte die Gefahr der Resorption eine grössere sein und in dieser Beziehung ist wohl bei Benutzung des Hydroxylamin bei Psoriasis am wenigsten zu fürchten.

Zu unseren therapeutischen Zwecken wurden verwendet entweder spirituöse Lösungen:

Rp. Hydroxylamin. mur. 0·2—0·5
Spirit. Vini 100·0
Calcar. carbon. q. s. ad neutr.
D. S. Zum Pinseln

oder wässerige Lösungen, die in Form des hydropathischen Verbandes applicirt wurden:

Rp. Hydroxylamin. mur. 1·0
Aqu. fontan. 1000·0
Calcar. carbon. q. s. ad neutr.
D. S. Zu Umschlägen.

Wie dies bei der Behandlung der Psoriasis Regel ist, vor Anwendung eines jeden Psoriasismittels für die gründlichste Beseitigung der Schuppen Sorge zu tragen, so wurden auch bei der zu prüfenden neuen Methode die Patienten dieser Vorcur unterzogen, an den ersten Tagen bis zur gänzlichen Beseitigung der Schuppen mit prolongirten Bädern, Einreibungen mit Sapo viridis und zehnprocentigen Zinksalben behandelt. Erst, wenn diese erste Aufgabe der Psoriasistherapie völlig gelöst, liessen wir das neue Mittel seine Wirksamkeit äussern.

Die uns gestellte Frage, die Wirkungsenergie des Hydroxylaminum mur. zu studiren und seine eventuelle Verwendbarkeit in der Dermatotherapie zu prüfen, glaubten wir am besten beantworten zu können, wenn wir gleichzeitig unsere Kranken, die

[1]) Binz, l. c.

grösstentheils an sehr hochgradiger und hartnäckiger Psoriasis litten, mit dem erprobten Pyrogallus und Chrysarobin behandelten; es lag nun sehr nahe, das gleichfalls im vorigen Jahre durch Liebermann und Behrend empfohlene Anthrarobin bei denselben Patienten zur Verwendung zu ziehen und auch seine therapeutische Wirksamkeit zu erproben. Die Art unseres Verfahrens wird am besten ein Beispiel klar machen: bei einem mit Psoriasis universalis behafteten Patienten wurde etwa Kopf und Gesicht mit Pyrogallus (als zehnprocentige Salbe oder spirituöse Lösung), Brust und Rücken mit Hydroxylamin, die Extremitäten mit Anthrarobin behandelt. Dies Schema wurde nicht immer ganz genau innegehalten; vor Allem wurde Werth darauf gelegt, dass bei den Patienten solche Hautstrecken mit den verschiedenen Mitteln behandelt wurden, die in gleicher Intensität erkrankt waren; in der letzten Zeit wurden auch mehrere Patienten nur mit Hydroxylamin behandelt.

Wir wenden uns nunmehr zur Besprechung der objectiven Veränderungen, wie sie bei der Hydroxylaminbehandlung mit ein- und zweiprocentiger Lösung an den vorher nicht behandelten und wie schon bemerkt, ihrer Schuppen vollständig entledigten Psoriasisefflorescenzen sich bemerkbar machen. In den ersten Tagen erscheinen die Flecken noch tiefer roth und für gewöhnlich dehnt sich die Röthung auch auf die nächste gesunde Umgebung aus. Trotz der Application nun bemerkten wir, wie dies bei jeder Psoriasisbehandlung gewöhnlich der Fall ist, dass zwischendurch immer wieder einmal neue Schuppen auftraten; es wurde dann, bevor wir zur weiteren Behandlung mit Hydroxylamin schritten, vorher Sorge getragen, dass die Schuppen wieder vollständig beseitigt wurden. Im weiteren Verlauf der Behandlung nun trat ein Abblassen der Flecken ein, im letzten Stadium fanden sich nur Pigmentirungen, die auch nur kurze Zeit persistent waren, so dass an den Stellen, wo früher Psoriasis war, absolut nichts Abnormes mehr zu sehen war. Wir wollen nicht unterlassen, zu bemerken, dass dies der Verlauf der Erkrankung war bei Patienten, die eine längere Behandlung mit Hydroxylamin vertrugen.

Sehr lehrreich war ein im evangelischen Hospital von Herrn Geheimrath Doutrelepont behandelter Fall von Psoriasis uni-

versalis, bei welchem auf der einen Seite Pyrogallusspiritus, auf der anderen Hydroxylamin in 2‰iger Lösung angewandt wurde. Zu Anfang schien Pyrogallus schneller und besser zu wirken; auf der mit Hydroxylamin behandelten Seite dagegen traten in den ersten Tagen flache Papeln auf, die ein Psoriasisrecidiv hätten vortäuschen können; als dann eine Medication angeordnet wurde, die nur die Beseitigung von Reizerscheinungen zum Zwecke hatte, war der Heilungsprocess auf dieser Seite bald bedeutend weiter vorgeschritten, wie unter Pyrogallus. Hieraus ergibt sich für die Praxis bei der Hydroxylaminbehandlung die Lehre, dass man besonders aufmerksam auf das Eintreten von Reizerscheinungen achten muss, deren Beseitigung durch geeignete Aenderung der Therapie zu erstreben ist.

Bei der Anwendung einer zehnprocentigen Hydroxylaminsolution kam es zur Abhebung der Epidermis in grösseren Lamellen und zur Bildung von flachen Blasen, die nur wenig seröse Flüssigkeit enthielten, schnell eintrockneten und sich abstiessen. Diese Blasenbildung beobachteten wir gleichfalls nicht nur im Bereiche der Psoriasisefflorescenzen, sondern auch in der nächsten Umgebung, indem es sich kaum vermeiden lässt, dass beim Auftragen des Mittels die gesunde Haut vollständig verschont bleibt.

Aber nicht nur bei diesen starken Lösungen stiess die Application des Mittels bei manchen Patienten auf Schwierigkeiten und es soll deshalb im Folgenden davon die Rede sein, dass uns auch unangenehme Erfahrungen mit dem neuen Mittel nicht völlig erspart blieben. Bei der individuell so sehr verschiedenen Irritabilität der Haut bei den einzelnen Patienten machte es zunächst keine geringen Schwierigkeiten, den zweckmässigsten Concentrationsgrad für die anzuwendenden Solutionen festzustellen. In der Ueberlegung, dass wir es mit einer sehr toxischen Substanz zu thun hatten, begannen wir mit Aufpinselungen einer 1‰igen neutralen Lösung von Hydroxylaminum muriaticum, um jedoch bald wegen der zu geringen Wirkung zu einer $^1/_5$—$^1/_2$procentigen überzugehen. Immer geschah die Aufpinselung zweimal pro die. Des Versuches halber pinselten wir bei einem Patienten, allerdings nur auf ganz beschränkte Hautpartien zehnprocentige Lösung auf, nahmen jedoch sogleich wegen zu starker Reizung von diesem hohen Concentrationsgrad Abstand. Es hat

sich uns schliesslich eine 0·2—0·5procentige Lösung als die zweckentsprechendste ergeben. Aber auch bei Anwendung letzterer ist die grösste Vorsicht dringend anzurathen, da, wie schon angedeutet, nicht alle Patienten das Auftragen gleich gut vertragen. Für solche Patienten ist es anzuempfehlen, die Lösung in noch stärkerer Verdünnung zu verordnen, vielleicht mit einer Lösung 1 : 500·0 zu beginnen und, wenn dies gut vertragen wird, dieselbe stärker zu nehmen.

Was die Klagen der Patienten über Brennen und Schmerzen bei der Application anlangt, so machten wir ganz entgegengesetzte Erfahrungen. Während die einen bei wochenlang fortgesetzter und zweimal täglich vorgenommener Einpinselung nicht im Geringsten zu klagen hatten, waren wir bei anderen schon nach ein- oder zweimaligem Auftragen gezwungen, die Hydroxylaminbehandlung auszusetzen; es kam vor, dass kräftige Männer über sehr heftige Schmerzen klagten, während gleichzeitig Mädchen und Kinder, die doch eine viel zartere Haut haben, täglich Morgens und Abends in der von uns angestrebten Weise behandelt werden konnten.

Wie schon hervorgehoben wurde, benutzten wir zu den Pinselungen 0·2—0·5procentige spirituöse Mischungen, da stärkere Verdünnungen sich uns als nicht besonders wirksam ergeben hatten. Von einer 1‰igen neutralen wässerigen Lösung sahen wir nun gleich gute Erfolge, wenn wir dieselbe in Form des Priessnitz'schen Verbandes auf die mit Psoriasisflecken bedeckten Hautstrecken fixirten und zweistündlich erneuerten; wir gewannen zuweilen die Ueberzeugung, dass bei einem derartigen Vorgehen die Involution der Psoriasis noch viel schneller wie beim Einreiben mit dem Borstenpinsel erfolgte; bei nicht ausgedehnter, etwa nur auf die Extremitäten beschränkter Erkrankung macht auch die Ausübung genannten Verfahrens keine besonderen Schwierigkeiten. Uebrigens sahen wir auch bei dieser Methode, obschon das Mittel in zehnfacher Verdünnung wie früher einwirkte, in gleichem Grade Reizerscheinungen, insbesondere eczematöse Röthung eintreten.

Durch welche Massregeln lassen sich nun wenigstens theilweise die local auftretenden, unangenehmen Nebenerscheinungen vermeiden? In der Anstaltsbehandlung wird das keine besonderen

Schwierigkeiten machen, da man mehrmals täglich die Patienten sieht, in der Ambulanz dürfte die Anwendung von noch stärker verdünnten Lösungen am Platze sein. Viel mehr Bedeutung wie diesem Punkte legen wir der Beobachtung des Allgemeinbefindens der mit Hydroxylamin Behandelten zu, wegen der oben erörterten giftigen Eigenschaften; dass die täglich vorzunehmende Untersuchung des Urins auf Albumen absolut erforderlich ist, erfuhren wir bei einer Patientin, die mit Psoriasis genu atque cubiti behaftet war und mit Hydroxylamin-Umschlägen ($1^0/_{00}$) behandelt wurde; bei der ganz gesunden und kräftigen Patientin traten plötzlich ziemliche Quantitäten von Albumen im Urin auf, die bei Aussetzen der Medication wieder verschwanden; diesbezüglich gilt also vom Hydroxylamin dasselbe, was für Theer, Naphthalin, Pyrogallus und Chrysarobin Erfahrungssatz ist, dass eintretende nephritische Erscheinungen sofortiges Sistiren der bisherigen Behandlung benöthigen. Es ergibt sich hieraus, dass bei Anwendung der Hydroxylamin-Umschläge die grösste Vorsicht geboten ist, vor Allem wegen der eventuell eintretenden Resorption; man wird einmal die Umschläge nicht zu lange liegen lassen dürfen, am besten täglich nur einige Stunden, dem Allgemeinbefinden des Patienten seine grösste Aufmerksamkeit schenken und vor Allem wäre direct davon abzurathen, allzugrosse Hautstrecken in der besprochenen Weise zu behandeln.

Was eine radicale Beseitigung der Psoriasis anlangt, so scheint Hydroxylamin nicht mehr zu leisten, wie die früheren Mittel; wir sehen bei mehreren unserer Fälle innerhalb weniger Monate Recidive eintreten und doch war die Heilung eine vollkommene gewesen.

Nachdem im Vorhergehenden die Vorzüge und Nachtheile des Hydroxylamin bei seiner Verwendung in der Behandlung der Psoriasis kritisch beleuchtet wurden, erübrigt es nur noch aus dem Gesagten das Resumé zu ziehen, und da glauben wir nicht zu weit zu gehen, wenn wir behaupten, dass die Einführung des neuen Mittels in die Dermatotherapie, insbesondere für die Therapie der Psoriasis, entschieden einen Fortschritt bedeutet, und zwar aus folgenden Gründen. Einmal decken sich die besprochenen Nachtheile grösstentheils mit den unangenehmen Nebenerscheinungen, die man auch bei Anwendung der Pyrogallussäure und

des Chrysarobin beobachtet hat, auf der anderen Seite aber bietet Hydroxylamin durch seine Billigkeit, durch seine Eigenschaft Körper und Wäsche nicht zu färben, nicht genug zu schätzende Vorzüge; dabei steht es bezüglich der Schnelligkeit der Wirkung dem Pyrogallus und Chrysarobin nicht nach. Deshalb stehen wir nach eingehender Prüfung nicht an, das Mittel bei Psoriasis zu empfehlen.

Von sonstigen Dermatonosen behandelten wir auf unserer Station auch noch Lupus mit Hydroxylamin; wir haben das Mittel bei letzterer Affection noch nicht lange genug beobachtet, um jetzt schon ein abschliessendes Urtheil abgeben zu können.

Eichhoff[1]) in Elberfeld, der nach seiner Angabe seit zwei Monaten Hydroxylamin angewendet hat, benützte zu seinen Versuchen fünf Fälle von Lupus vulgaris, fünf Fälle von Herpes tonsurans und einen Fall von Sycosis parasitaria und fielen solche zu seiner vollen Zufriedenheit aus; ein entstellender Lupus hypertrophicus faciei wurde in vierwöchentlicher Behandlung zur Vernarbung gebracht und so weit gebessert, dass die weitere Behandlung nur eine ambulante zu sein brauchte; ferner erzielte Eichhoff bei einem Lupus des Fusses schon nach fünftägiger Behandlung mit Hydroxylamin in Form hydropathischer Umschläge nach nachheriger Application von Borsalbe befriedigende Narbenbildung.

Ausser bei weiteren drei Lupusfällen war der Heilerfolg auch ein recht guter bei den fünf Fällen von Herpes tonsurans und dem einen Fall von Sycosis parasitaria. Es reizte das Mittel Anfangs, die Heilung war aber eine um so bessere.

Wie schon angedeutet wurde, haben wir in der Mehrzahl der Fälle bei denselben Patienten auch das von Liebermann[2]) und Behrend[3]) zuerst empfohlene Anthrarobin auf seine ihm nachgerühmten Eigenschaften geprüft und können deshalb füglich an dieser Stelle einige Bemerkungen hierüber anknüpfen. Wir wollen nur ganz kurz darauf eingehen, welche Stellung sich Anthrarobin gemäss den ersten Publicationen in der Behandlung der Haut-

---

[1]) Eichhoff, Monatsh. f. prakt. Derm., 1889, S. 12 ff.

[2]) Liebermann, Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1888, S. 671 ff., sowie dessen Vortrag in der Berliner med. Ges. Sitzung vom 7. März.

[3]) Behrend, Vierteljahresschrift für Derm. u. Syphil. 1888, S. 201 ff. und Sitzung vom 29. Februar der Berliner med. Gesellsch.

krankheiten erworben hat, und welche Stimmen für und gegen dasselbe laut wurden.

Behrend, der die ersten praktischen Versuche mit Anthrarobin anstellte, wählte dazu folgende Dermatonosen: 1. Psoriasis, im Ganzen fünfzehn Fälle, von denen vier im Krankenhause Moabit von Guttmann, einer auf der Abtheilung von Fürbringer behandelt wurde; 2. Herpes tonsurans und 3. Erythrasma. Behrend's Schlussworte lauten dahin, dass Anthrarobin stärker wie Pyrogallus, schwächer wie Chrysarobin wirke, keine Hautentzündungen hervorrufe, in Folge dessen auch im Gesicht und an den Genitalien angewandt werden könne; vor dem Pyrogallus habe es den Vorzug einer vollkommenen Unschädlichkeit. Mit Letzterem stimmen die in der den Vorträgen von Liebermann und Behrend sich anschliessenden Discussion[1]) von Th. Weil mitgetheilten Resultate von Fütterungsversuchen mit grossen Dosen Anthrarobin, die das Allgemeinbefinden der Versuchsthiere absolut nicht störten. In der genannten Discussion theilten auch Guttmann und Rosenthal ihre Erfahrungen über Anthrarobin mit. Ersterer stimmt in seinem Urtheil über dasselbe Behrend vollständig bei und hebt zunächst hervor, dass es schwächer wie Chrysarobin wirke, jedoch keine Dermatitis hervorrufe. Rosenthal dagegen räth davon ab, Anthrarobin auf Kopf und Gesicht zu appliciren, da es die Haare intensiv roth färbe.

Auch Jarisch[2]) hat mit Anthrarobin, das ihm von Liebermann übersandt worden war, Psoriasis und Eczema marginatum behandelt; er wandte Anthrarobin zu gleicher Zeit mit Pyrogallus an und kann nicht zugeben, dass es an Intensität der Wirkung die Pyrogallussäure übertreffe, ebenso wenig befriedigend war der Erfolg bei Eczema marginatum. Der genannte Autor spricht deshalb die Vermuthung aus, dass dem Mittel „eine grosse praktische Bedeutung nicht zukomme"; auf der anderen Seite seien die Liebermann'schen Versuche über das Anthrarobin insofern „hochinteressant", als sie eine neue Stütze brächten für die Annahme, dass die Heilerfolge gewisser Medicamente der reducirenden Wirkung derselben zuzuschreiben sei.

---

[1]) Th. Weil, Guttmann, Rosenthal, Discussion in der Sitzung der Berliner med. Ges. vom 7. März 1888.

[2]) Jarisch, Wiener klin. Wochenschr., 1888, Nr. VI.

Ungefähr zu demselben Resultate kommt Neumann[1]); nach seiner Meinung ist Chrysarobin das energischeste Psoriasismittel, nächstdem Pyrogallus, am schwächsten wirkt Anthrarobin, das mit Erfolg bei Psoriasis punctata, ferner bei linsenförmigen und recenten Efflorescenzen verwendet werden kann; seine Wirkung bei inveterirter Psoriasis ist gering. Es eignet sich sehr gut bei Pityriasis versicolor, nicht so gut bei Herpes tonsurans.

Eine weitere Discussion[2]) über die praktische Wirksamkeit des Anthrarobin fand statt in der Dermatologischen Vereinigung, aus welcher wir hervorheben, dass Rosenthal nur geringe Wirkung bei Psoriasis sah, ferner auch keinen Erfolg bei Pityriasis versicolor und Herpes tonsurans; desgleichen spricht Köbner die Ueberzeugung aus, dass es sowohl dem Chrysarobin, als auch dem Pyrogallus nachstehe; ferner betont letztgenannter Autor, dass es nicht ganz reizlos sei; es könne nicht nur stundenlanges Brennen verursachen, sondern er habe auch sehr intensive Reizung bei einem Falle von Mycosis tonsurans gesehen, wo sich die Epidermis wie nach einem Vesicans abstiess.

Die längere Zeit fortgesetzte Anwendung des Anthrarobin nun hat uns überzeugt, dass es, allerdings bei längerer Dauer der Behandlung, Psoriasis zu beseitigen vermag, ferner sahen wir keine besondere Reizung der Epidermis eintreten, hörten auch nie besondere Klagen von Seiten der Patienten über Schmerzhaftigkeit der Application. Rücksichtlich der Energie der Wirkung müssen wir es der Pyrogallussäure und dem Chrysarobin entschieden nachstellen, und es färbt Körper und Wäsche ebenso intensiv, wie die beiden letztgenannten Mittel. Vielleicht dürfte bei leichteren Psoriasisformen, wie dies schon Neumann hervorhob, und bei mit Psoriasis behafteten jugendlichen Individuen wegen seiner absoluten Ungefährlichkeit seine Anwendung am Platze sein.

Wir lassen nunmehr eine kurze Uebersicht der bei uns mit Hydroxylamin und Anthrarobin behandelten Patienten folgen. Behandelt wurden insgesammt mit Hydroxylamin 24 Fälle, in

[1]) Neumann, Wiener allg. med. Ztg., 1888, Nr. 26.

[2]) Rosenthal, Köbner, Sitzung der derm. Vereinigung zu Berlin vom 3. Juli 1888; nach den Referaten in den therap. Monatsh. 1888, December und Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 24.

nur 3 Fällen wandten wir ausschliesslich Hydroxylamin an. Meist handelte es sich um inveterirte und stark ausgeprägte Psoriasis, bei einzelnen Kranken war die ganze Körperoberfläche so dicht mit Psoriasis übersäet, dass kaum normale, nicht erkrankte Stellen nachzuweisen waren.

Bezüglich der Dauer der Behandlung möchten wir bemerken, dass bis zu einem vollständigen Verschwinden der Flecken doch immer eine vier- bis sechswöchentliche Behandlung nöthig war, und dass wir den Eindruck gewannen, dass das neue Mittel dem Pyrogallus und dem Chrysarobin in dieser Hinsicht gleichzustellen ist.

Von unseren 24 Patienten waren 20 stationäre Kranke, und zwar 11 Männer und 9 Frauen, 4 poliklinische, und zwar 1 Mann und 3 Frauen; also wurden behandelt 12 Männer und 12 Frauen, macht zusammen 24 Kranke.

Ehe wir unsere Besprechungen über die Behandlung der Psoriasis mit Hydroxylamin abschliessen, möchten wir noch einige Worte anknüpfen über die interne Darreichung von grossen Dosen Jodkalium bei der in Frage stehenden Erkrankung, eine Methode, die zuerst von Greve empfohlen und dann von Haslund[1]) in ergiebigster Weise in Anwendung gezogen wurde. Doutrelepont nahm schon im vorigen Jahre Gelegenheit, eine nach Haslund mit Jodkalium behandelte Patientin, die mit einer sehr hochgradigen Psoriasis universalis behaftet gewesen war, in der Niederrheinischen Gesellschaft als geheilt vorzustellen. In der Folge wurden noch mehrere Patienten in derselben Weise behandelt und zur Heilung gebracht; da sich jedoch nicht leugnen liess, dass die topische Behandlung schneller zum Ziele führt, so wurde später und jetzt noch bei einer Reihe von Psoriasiskranken Jodkalium in kleinen Dosen (von einer fünfprocentigen Lösung zwei bis sechs Esslöffel pro die), so wie allgemein Arsen angewendet wird, als die örtliche Medication unterstützendes Heilmittel verabreicht. Bei der von Doutrelepont vorgestellten Patientin betrug die innerhalb 112 Tagen gegebene Menge Jodkalium 2050 Gramm; Patientin vertrug die Darreichung ausgezeichnet,

---

[1]) Haslund, Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887, S. 671 ff.; Doutrelepont, Niederrhein. Ges., Sitzung vom 27. November 1887.

denn, abgesehen von geringem Jodschnupfen bei den Anfangsdosen, zeigten sich keinerlei Beschwerden während der Verabreichung der grössten Dosen, bis zu denen allmälig gestiegen wurde (28 Gramm pro die acht Tage lang); Patientin nahm an Körpergewicht zu; auch wurden im Urin bei mehrfach wiederholt vorgenommener Untersuchung keinerlei pathologische Bestandtheile nachgewiesen; auch bei den übrigen mit Jodkalium in grossen Dosen behandelten Kranken traten bei längere Zeit fortgesetzter Cur üble Nebenerscheinungen nicht auf. Wir haben der Jodkaliumbehandlung absichtlich hier nochmals Erwähnung gethan, weil unseres Wissens sonst in Deutschland dieselbe nicht nachgeprüft wurde und es doch gewiss von Interesse ist, dass Jodkalium in diesen auffallend grossen Dosen so gut vertragen wird.

Indem wir hiermit unsere Abhandlung abschliessen, möchten wir die an der Doutrelepont'schen Klinik zunächst für das Hydroxylamin, das hier bei Psoriasis zuerst seine Verwendung fand, gesammelten Erfahrungen in dem Satze zusammenfassen, der den Inhalt der von Doutrelepont[1]) in der Niederrheinischen Gesellschaft gemachten Notiz bildet:

Das Hydroxylamin lässt sich in der Dermatologie, besonders bei Psoriasis wie die bis dahin gebrauchten reducirenden Substanzen verwerthen; es scheint in der Intensität der Wirkung dem Chrysarobin und der Pyrogallussäure nicht nachzustehen und hat den nicht genug zu schätzenden Vorzug, Körper und Wäsche nicht zu färben; man muss bei dem Gebrauch dieses Mittels vorsichtig sein, weil es wegen seiner starken Giftigkeit das Allgemeinbefinden ernstlich alteriren kann; bei manchen Patienten ist die Application so schmerzhaft, dass die Einleitung einer anderen Therapie absolut erforderlich wird; das lässt sich jedoch vermeiden, wenn man in dem einen Falle die Aufpinselungen, in dem andern die Application der Umschläge nicht zu lange fortsetzt, wenn wir beim Auftreten der geringsten Reizerscheinung eine andere, reizmildernde Therapie an die Stelle treten lassen, indem wir entweder Aufstreuen von Salicylpuder, Anwendung von 0·1procentigen Salicylsäureumschlägen oder Einreibung der gereizten Stellen mit zehnprocentiger Zinklanolinsalbe anordnen. Ist

---

[1]) Doutrelepont l. c.

unter dieser Behandlung die Reizung und Schmerzhaftigkeit der vorher mit Hydroxylamin behandelten Stellen verschwunden, so kann das Hydroxylamin wieder Verwendung finden. Unter Beobachtung genannter Vorsichtsmassregeln werden die Resultate der Hydroxylaminbehandlung zur vollen Zufriedenheit ausfallen und es wird gelingen, die Involution der Psoriasisefflorescenzen zu erzielen, auch ohne dem Patienten unnöthige und übergrosse Schmerzen zu verursachen.

Ich erfülle eine angenehme Pflicht, indem ich meinem hochverehrten Lehrer und Chef für das mir stets als auch bei Anfertigung dieser Arbeit bezeigte Wohlwollen meinen besten Dank ausspreche.

Ueber extragenitale Syphilisinfection.

Von

Dr. A. Pospelow,

Universitätsprofessor und Chefarzt des Mjasnitzky'schen Krankenhauses
zu Moskau.

(Schluss.)

II. Primäre Papeln der Brustdrüsen bei Frauen.

Die Gesammtzahl der Fälle von Syphilisinfection durch Stillen mit der Brust betrug 69, und zwar waren 27 Mal die linke, 25 Mal die rechte und 17 Mal beide Brustdrüsen afficirt.

Vergleicht man diese Zahl mit der angeführten Gesammtzahl der Fälle extragenitaler Ansteckung, die 99 betrug, so ergibt sich, dass die Häufigkeit der Ansteckung durch Stillen mit der Brust mehr als zwei Drittel aller Fälle extragenitaler Infection ausmacht. Diese Zahl prävalirt auch bei anderen Autoren (Fournier, Clere, Mauriac, Martineau, Gey und Anderen).

Unsere Dienstboten werden folglich auf extragenitalem Wege am häufigsten durch Stillen mit der Brust inficirt.

Das ist aber keineswegs Alles. Die Ammen sind einer doppelten Gefahr ausgesetzt: 1. Entweder von dem mit Syphilis behafteten Säuglinge, oder 2. von den syphiliskranken Dienstboten beim Zusammenessen inficirt zu werden in der Weise, wie davon bei den Rachenschankern die Rede war. Es versteht sich nun von selbst, dass eine von einem der Dienstboten inficirte Amme ihrerseits im Stande ist, ihren Säugling wie die übrigen gesunden Dienstboten zu inficiren und somit eine in doppelter Weise gefährliche Verbreitungsagentin der Syphilis wird,

wie man sich davon aufs Beste bei deren Aufnahme ins Krankenhaus überzeugen kann.

Bei solchen syphiliskranken Ammen wurden bei ihrer Aufnahme ins Krankenhaus selten nur allein Papeln, respective Schanker der Brustdrüsen beobachtet, sondern sie boten gewöhnlich schon hochgradig entwickelte und stark inficirende Syphiliserscheinungen dar, wie Angina papulosa, Papulae labiorum oris, Condyloma lata ani et genitalium. Daraus ist leicht ersichtlich, in wie weit syphilitische Ammen die übrigen Dienstleute, die Säuglinge und ihre Wirthe selbst gefährden können. Die Gefahr Seitens dieser Trägerinnen des syphilitischen Contagiums erscheint noch bedenklicher, wenn man den Umstand berücksichtigt, dass die Ammen, die nur zufällig (hauptsächlich sind es schwanger gewordene Stubenmädchen, Köchinnen, Fabrikarbeiterinnen u. s. w.) und gewiss nur temporär in dieser Rolle erscheinen, nachher das Stillen aufgeben, um zu ihren ursprünglichen Beschäftigungen wieder zurückzukehren. Wie aus den Krankenlisten unseres Krankenhauses zu ersehen ist, nimmt eine ihres Dienstes entlassene Amme aufs Neue, und am häufigsten die Stelle einer Köchin an. Welchen Schaden solche Ammen-Köchinnen in kurzer Zeit stiften können, liegt ohne Weiters auf der Hand.

Wenn die Entstehung der Infection per os nur zuweilen mit genügender Wahrscheinlichkeit auf Zusammenessen, gemeinschaftliche Geschirre, Handwerkzeuge etc. zurückgeführt werden kann, so tritt die Aetiologie der Syphilisinfection bei der Bruststillung so zu sagen von selbst klar zu Tage, und zwar erfolgt die Infection durch das syphiliskranke Kind.

Die Mehrzahl unserer durch Stillen mit der Brust inficirten Kranken wurde in Privatfamilien angesteckt, wo die betreffenden Säuglinge mit Lues congenita behaftet waren (39), wobei einige dieser Kranken nicht als erste, sondern als vierte, sogar fünfte Amme eines und desselben Kindes erschien und manchmal solcher Ammenwechsel – horribile dictu — mit Vorwissen des behandelnden Arztes geschah! Die zweite Stelle als Ansteckungsquelle (14 Ammen) nimmt das Findelhaus zu Moskau ein. Nach den mir Seitens des Oberarztes des Moskauer Findelhauses, Dr. N. Miller, liebenswürdig mitgetheilten Daten, werden dort jährlich durchschnittlich circa dreissig Ammen inficirt und musste folglich

die Gesammtzahl für zehn Jahre etwa dreihundert ausmachen und bilden daher die in unser Krankenhaus aufgenommenen vierzehn Ammen nur einen ganz geringen Bruchtheil der dort inficirten Ammen. Von letzteren kehrt ein Theil in ihren Heimatsort zurück, um dem Krankenhause zu entgehen, ein anderer Theil wird dem Paul-Spitale zu Moskau überwiesen und nur eine geringe Anzahl, und zwar meistens gewesene Dienstboten, gelangt in unser Krankenhaus. Der Zahl der Fälle nach folgen ferner Frauen (13), die durch Stillen ihrer eigenen Kinder inficirt wurden. Hier haben wir es wiederum mit einer am häuslichen Herde entstandenen Infection zu thun, wo der Ansteckung der Mutter die ihres eigenen Kindes vorausging. Es ist eine in der Syphilidologie bekannte Thatsache, dass anscheinend gesunde (?) Mütter, die syphilitische Kinder zur Welt brachten, beim Stillen derselben, trotz evidenter Verwundung ihrer Brustdrüsen, von Syphilis verschont bleiben[1]), und dass dem gegenüber solche Kinder, gesunden Ammen anvertraut, letztere unter günstigen Bedingungen inficiren. Daraus wurde geschlossen, dass die Mutter eines syphiliskranken Kindes immun[2]) sei und daher, falls sie einen harten Schanker der Brustdrüse acquirirt, man annehmen müsse, dass sie 1. bis dahin von Syphilis frei war, und 2. dass die Erkrankung des Säuglings acquirirt und derjenigen der Mutter vorausgegangen war. In der That ergibt sich nach Aussagen der stillenden Mütter und auf Grund der Besichtigung ihrer Kinder, mit denen sie sich ins Krankenhaus aufnehmen liessen, dass bei den Kindern die Infection immer früher als bei ihren Müttern auftrat, und dass zu einer Zeit, wo bei ersteren schon regressive Syphilide (Nr. 1024, J. 86), hypertrophische Papeln des Mundes vorhanden waren, bei den Müttern nur ein indurirter Schanker der Brust existirte, oder eine Roseola nur eben zum Vorschein

[1]) In einem Falle konnte ich den experimentellen Beweis dafür liefern. (Cf. Sitzungsberichte der Gesellschaft der russischen Aerzte zu Moskau. 1881.)

[2]) In der syphilidologischen Literatur sind übrigens Fälle bekannt, wie der von Scarenzio, wo eine Mutter durch Stillen ihres syphiliskranken Kindes inficirt wurde. Eine Beobachtung, die wahrscheinlich nicht hinlänglich eruirt und mithin zweifelhaft erscheint (Annales de dermat. et de syph. 1880, Nr. 3, pag. 624).

kam, oder dieselbe erst später auftrat; so zum Beispiel (Nr. 133) acquirirte eine Mutter einen harten Schanker der Brust beim Stillen ihres mit einem Ulcus durum der Lippen behafteten Kindes, das von seiner Wärterin, einem kleinen Mädchen, angesteckt wurde, welches seinerseits von der Wirthin, bei der sie wohnte, inficirt wurde; das ist ein Fall von Syphilis bei vier Personen in einer Familie! Wir können nicht umhin, noch eine Möglichkeit von Syphilisinfection durch eigene Kinder beim Stillen mit dem „sein banal" (Fournier[1]) anzuführen.

Nicht allein in Paris, sondern auch bei uns in Moskau existirt der Brauch der sogenannten gegenseitigen Hilfeleistung beim Stillen von Brustkindern, dem zu Folge in engen überfüllten Familienwohnungen eine in der Küche beschäftigte Mutter ihren Säugling irgend einer anderen ebenfalls stillenden Frau gern abgibt, und ihrerseits, mit dem Kochen fertig, das Kind ihrer beschäftigten Hausgenossin stillt; es versteht sich nun von selbst, dass, falls die letztere an Syphilis leidet, es möglich ist, dass sie durch diese Hilfeleistung das fremde, bis dahin gesunde Kind, inficirt, welch letzteres seinerseits seine bis dahin gesunde Mutter gleichfalls anstecken kann. Es ist dies eine der heimtückischesten Arten von Syphilisinfection der Säuglinge und Mütter.

Dass jedoch Brustkinder zu unschuldigen Verbreitern der Syphilis werden können, lässt sich aus einem absurden, in unserer Dienstbotenclasse verbreiteten Vorurtheile erklären, welches die Möglichkeit der Infection in hohem Masse begünstigt. Ich hatte öfters Gelegenheit, intelligente und sorgvolle Mütter klagen zu hören, die mit aller Entrüstung erzählten, dass, trotzdem sie die Wärterinnen wiederholt von der Syphilis des Kindes und der damit verbundenen Gefahr angesteckt zu werden gewarnt hatten, letztere in vollster Ueberzeugung erwiderten: „man könne von einem unschuldigen Kinde keineswegs angesteckt werden", und fuhren fort, dessen Saugflasche in den Mund zu nehmen, das Kind zu küssen u. s. w. Ich sah einen derartigen Ansteckungsfall bei einem Kindermädchen, welches nach erfolgter Infection eigensinnig darauf bestand: „man könne sich von einem Säuglinge nicht inficiren".

---

[1]) Cf. Leloir. Leçons sur la syphilis. Paris 1886, pag. 48.

Schliesslich kamen drei Ansteckungsfälle bei Ammen in Ammenasylen durch Pflegekinder vor. Dort werden gewöhnlich illegitime Kinder untergebracht, welche bekanntlich das grösste Procent von Syphilitikern aufweisen. Die Verbreitung der Syphilis in diesen Asylen wird einerseits durch die Pflegekinder selbst, andererseits durch das Fehlen specieller ärztlicher Ueberwachung begünstigt.[1]) Zur Charakteristik der primären Brustpapeln ist Folgendes hervorzuheben.

Wenn extragenitale syphilitische Primäraffecte überhaupt selten multipel erscheinen, so treten sie an den Brustdrüsen im Gegentheil selten vereinzelt auf. Besteht bei einer Amme an einer Brustwarze ein harter Schanker in Form einer entwickelten und bereits sklerosirten Erosion, so ist gewöhnlich in deren Nachbarschaft an derselben Brust oder an der anderen eine sklerotische Narbe, als Residuum eines bereits verheilten Geschwüres zu constatiren. In diesen Fällen ist das Vorhandensein von zwei bis drei Schankern auf einer Brustdrüse eine gewöhnliche Erscheinung; in einem Falle sogar hatte eine Amme fünf Schankergeschwüre auf einer Brustdrüse und ein sechstes auf der anderen.

Dem Orte nach sassen die primären Papeln vorzugsweise an den Brustwarzen, was auch leicht begreiflich ist, da diese durch Dehnung beim Saugen und durch Maceration ihrer Hornschicht am öftesten Verletzungen ausgesetzt sind. Wenn dieses schon beim Stillen gesunder Kinder der Fall ist, so gelangt es bei syphilitischen Kindern noch weit mehr zur Geltung, da bei solchen Kindern Dank der stets verlegten Nase die Saugbewegungen oft unterbrochen werden, dadurch aber die Epidermisabstossung, respective die Entstehung von Rhagaden an der Basis der Brustwarzen begünstigt wird und die Infection durch die pathologischen Secrete des Mundes und der Nase alsdann leicht zu Stande kommt. Obgleich es höchst wahrscheinlich ist, dass gewöhnliche Rhagaden häufiger an der linken Brustdrüse auftreten, Dank dem Umstande, dass rechtshändige Ammen dem Kinde lieber die linke Brust reichen, weil es ihnen dann bequemer

[1]) Cf. Domaschnew. Die Besichtigung der Ammen als prophylaktisches Mittel in Bezug auf die Syphilis. (Sitzungsberichte der Gesellschaft der russischen Aerzte zu Moskau. 1884.)

ist, dasselbe mit der rechten Hand zu unterstützen, können wir dennoch das Gesagte nicht in Betreff der Schankergeschwüre bestätigen, wenn wir das geringfügige Prävaliren linksseitiger Brustdrüsenaffectionen gegenüber rechtsseitigen (27 links, 25 rechts) berücksichtigen. Es liegt auf der Hand, dass wenn eine Amme Rhagaden an der linken Warze bekäme, sie alsdann unwillkürlich mit der rechten stillen würde, welche dann (wenigstens bis zu einer gewissen Zeit) denselben Bedingungen einer möglichen Infection ausgesetzt wäre. Unter 69 in unserem Krankenhause vorgekommenen Fällen, waren 17 solche, in denen, wie nach dem Entwickelungsgrade der Sklerose zu urtheilen war, Anfangs nur die eine Brust afficirt war, und dann erst die andere erkrankte. In einigen Fällen waren es die Montgomery'schen Drüsen, in die das Contagium zuerst eingedrungen war.[1])

Die Grösse der Brustdrüsenschanker war sehr verschieden; gewöhnlich zeigten sie die Grösse einer kleinen Linse, erreichten aber nicht selten enorme Dimensionen, und zwar die Grösse eines Drei-Markstückes und in einem Falle sogar die einer Scheibe von 3 Zoll im Durchmesser (Krankenliste Nr. 576).

Der Form nach waren die Schanker linear, sichelförmig, an der Basis der Brustwarze gelegen, oder aber vollkommen ringförmig, die ganze Peripherie der Warze umfassend, bald ganz rund gleichsam wie abgestampft, bald oval, ellipsoidähnlich, oder endlich von ganz unregelmässiger Configuration.

Dem äusseren Aussehen nach erschienen die primären Brustdrüsensklerosen bald von bräunlichen oder gelbbraunen, zuweilen ziemlich dicken Borken bedeckt, die die Neubildung vollständig verdeckten, bald erschienen sie in Form von Excoriationen von fleischrother Farbe, bald boten sie das charakteristische Aussehen von im Centrum erodirten Papeln; nicht selten übrigens wurden typische perlengraue Papeln von speckigem Aussehen beobachtet. In einigen Fällen erreichten die primären Papeln durch Wucherung enorme Dimensionen und traten scharf über dem Niveau der Hautdecken hervor. Zuweilen konnte man an der

[1]) Eine schöne Beschreibung derartiger Ansteckung durch die Montgomery'schen Drüsen finden wir bei Prof. Fournier in seinen „Leçons clin. sur la syphilis". 2 éd. Pl. II, fig. II. Paris 1881.

Eintrittsstelle des syphilitischen Contagiums eine mit einem dünnen, schuppenden Häutchen bedeckte, braunrothe oder bläulichviolette, mehr minder derb anzufühlende, gleichsam narbige Bildung — eine nach Verheilung des Geschwüres zurückgebliebene Sklerose wahrnehmen.

So lange noch die primären Papeln mit Borken bedeckt waren, erschien die Haut um die letzteren herum geröthet (Erythema) und leicht schmerzhaft, was zweifellos von der mechanischen Wirkung der Borke auf die gesunde Haut und von der gleichzeitigen Stagnation des Schankersecretes herrührte.

Dort, wo bei den ins Spital aufgenommenen Kranken die primären Papeln im Stadium regressiver Metamorphose, respective in Form von Geschwüren erschienen, reproducirten dieselben das allgemein charakteristische Verhalten des harten Schankers, der bald als Erosion ohne sichtbare Verhärtung, bald als solche mit pergamentartigem Grunde auftrat, oder aber beträchtliche Härte und knorpelartige Beschaffenheit erreichte, stets aber diffus über die Oberfläche verbreitet war und niemals in Form eines Knochens auftrat, wie dies zum Beispiel bei den Sklerosen der Lippen der Fall ist.

Die Geschwürsränder waren in den meisten Fällen scharf begrenzt, mit dem Grunde verlöthet, von perlmutterartiger Farbe und fester Consistenz.

Der Geschwürsgrund war oberflächlich, nicht selten, das Niveau der Hautdecken überragend von fleischrother bis bläulichvioletter Farbe, zuweilen blutend, mit glänzendem Schimmer und spärlichem, klebrigem Secrete, welches ähnlich wie das Secret bei Eczema madidans die Hemden der Kranken über der Brustgegend steif machte. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle waren die primären Brustdrüsenpapeln deutlich sklerosirt, wobei die Sklerosen über die Fläche verbreitet, scheibenförmig, von pergamentartiger, kaum wahrnehmbarer Härte waren, oder aber eine knorpelige Consistenz hatten.

Wenn die primären Papeln ihren Sitz an der Brustwarze hatten, so war die kranke Warze im Vergleich mit der gesunden röther, zuweilen von dunkelrother Farbe, im Umfang vergrössert,

von derber Consistenz, mitunter aber plattgedrückt oder sogar vollständig verwischt.[1])

Hauptsächlich in Folge der durch eingestelltes Stillen eintretenden Verhärtung der Brustwarzen, theils in Folge des durch fortgesetztes Stillen sich entwickelnden Reizes, oder durch unsaubere Behandlung der Schankergeschwüre, stellte sich bei einigen Kranken vor ihrem Eintritte ins Krankenhaus eine Entzündung der Brustdrüsen (Mastitis simplex) mit Uebergang in Eiterung (Abscessbildung) ein; die Drüsen schwollen an, nahmen um die Geschwüre herum eine ausgesprochene rothe Färbung an, oder es entwickelte sich eine pseudoerysipelatöse Entzündung (Phlegmone). All diese Erscheinungen sind als Complicationen der harten Brustdrüsenschanker zu betrachten.

Der Ausgang der Geschwüre und der primären Papeln war die Verheilung mit Bildung einer Sklerose, resp. einer Narbe von mehr minder fester Consistenz, von rothbrauner oder violettblauer Farbe, welche an der Oberfläche von dünnen, sich abstossenden Epidermisschuppen bedeckt war. Bei beträchtlichem Zerfalle entstand an der Stelle der Sklerose eine hyperämische Narbe. Waren die Sklerosen unlängst aufgetreten, und wurde eine rechtzeitige Behandlung eingeleitet, so blieb an der Stelle der resorbirten Sklerose blos eine Hyperämie, welche eine Pigmentation zurückliess.

Die Lymphdrüsenaffection. Bei harten Brustdrüsenschankern schwollen wie bei jedem harten Schanker die „nächsten" — die Subaxillardrüsen an. Diese Affection, einmal vorhanden, war immer deutlich ausgesprochen und prävalirte auf der dem Sitze des Schankers entsprechenden Seite, wenn letzterer nur an einer Brustdrüse localisirt war. Bei doppelseitiger Affection waren die Drüsen beider Subaxillarregionen und, wie aus einigen Krankenlisten (Nr. 780, 1024, 2683) ersichtlich und mit meinen Beobachtungen übereinstimmend ist, zwar auf der Seite stärker afficirt, wo der Schanker früher aufgetreten war.

---

[1]) Von einer solchen abgeplatteten Warze wurde von H. Prochoroff ein Wachsmodell angefertigt, welches sich in der Collection des Mjassnitzky'schen Krankenhauses befindet.

In einigen Fällen von primären Brustdrüsenpapeln bei Frauen gelang es mir ausser der Affection der Axillardrüsen eine Schwellung der über dem Musculus pectoralis major gelegenen und gewöhnlich nicht palpablen Drüsen wahrzunehmen.[1])

Die Grösse der bei den Brustdrüsenschankern afficirten Subaxillardrüsen erreichte bedeutende Dimensionen (etwa die einer Wallnuss und sogar die eines Hühnereies) und war dabei die Härte eine beträchtliche. Nicht selten kam eine Schwellung mehrerer Subaxillardrüsen vor, wobei doch höchst selten Abscesse sich entwickelten (Nr. 928).

Die Diagnose der harten Brustdrüsenschanker bot keine Schwierigkeiten dar, Dank der Anamnese, die das Stillen syphiliskranker Kinder bestätigte, namentlich in den Fällen, wo die betreffenden Mütter mit den Kindern in unser Krankenhaus eintraten.

Das Stillen eines syphiliskranken Kindes, die locale Affection der Brustwarze, resp. Brustdrüse, unverheilte oder bereits verheilte, aber eine Sklerose hinterlassende Eintrittsstelle des Contagiums, die starke Affection der Subaxillardrüsen an der dem Schanker entsprechenden Seite, das Vorhandensein frischer, initialer Syphilide oder deren Auftreten erst nach Aufnahme der Kranken ins Spital und schliesslich das Fehlen von syphilitischen Primäraffecten an den Genitalien und den übrigen Körpertheilen, dies Alles liess über die Diagnose primärer Brustdrüsenschanker keinen Zweifel obwalten, und wurde dieselbe durch das weitere Verhalten der Kranken und durch die Erfolge der Behandlung noch mehr bestätigt.

Nicht so leicht lässt sich die Diagnose bei Frauen stellen, bei denen die primären Brustdrüsenpapeln bereits verheilt sind, die Roseola nach der Behandlung keine Spuren nachgelassen hat, die Polyadenitis nichts Charakteristisches darbietet, ja sogar gänzlich fehlt und dabei die Kranke ein ausgetragenes und bis dahin keine Syphilissymptome aufweisendes Kind zur Welt gebracht hat u. s. w.

Beim Untersuchen von Kranken mit verheilten Brustdrüsenschankern oder von solchen, die mit Syphilisrecidiven in unser

[1]) In sehr seltenen Fällen konnte weder an den subaxillaren, noch an den übrigen Drüsen irgend eine Schwellung nachgewiesen werden.

Spital eintraten, wurde meine Aufmerksamkeit auf folgende Kennzeichen gelenkt, welche, meiner Meinung nach, ein diagnostisches Hilfsmittel bei der Ammenwahl und überhaupt bei der Diagnose von Syphilis bei Frauen, die beim Stillen inficirt wurden, bilden können.

Ausser den dunkelrothen Pigmentflecken und zuweilen den Narben, welche der Form der früheren Brustdrüsenschanker entsprechen, abgesehen von dem keineswegs bedeutungslosen Merkmale der Leukodermie, welche bei syphiliskranken Frauen während des ersten Jahres nach erfolgter Syphilisinfection auftritt, fällt bei einiger Aufmerksamkeit leicht auf, dass die vom syphilitischen Contagium afficirten in ihrem Umfange, wie bereits erwähnt, vergrösserten Brustwarzen entweder eine Abplattung oder eine asymmetrische seitliche Ablenkung darstellen. Aus der Histologie ist bekannt, dass die Brustwarzen vermöge ihres bedeutenden Reichthums an glatten Längs- und Ringmuskelfasern einer Erection fähig sind. Durchtränkt das syphilitische zellige Infiltrat die ganze Warze (bei Schankern der Warzen), so werden selbstverständlich auch die Muskeln in Mitleidenschaft gezogen, in Folge dessen reagirt die Warze auf keine Reize, weder mechanische, noch psychische, und bleibt entweder abgeplattet, oder ist im Gegentheil emporgerichtet und verdickt. Dieser Zustand hält lange, zuweilen ein bis zwei Jahre an, und bildet auf diese Weise die kranke Warze einen grellen Contrast gegen die gesunde. Wenn aber das syphilitische Infiltrat an der Basis der Warze, wenn auch nur in Form einer feinen, halbkreisförmigen Linie eingelagert war, so weicht die Brustwarze nach Verheilung des Schankers seitwärts ab, und vergleicht man nun diese Ablenkung mit der anderen gesunden Warze, die durchaus divergent, ein wenig nach aussen von der Medianlinie des Körpers gerichtet ist, so ist leicht zu bemerken, dass die Ablenkung der erkrankten Warze eine der gewesenen Sklerose entgegengesetzte Richtung einnimmt, und ausser einem sklerotischen Oedem (Oedema indurativum) nichts Besonderes wahrzunehmen ist.

Die beigelegte Zeichnung veranschaulicht das Gesagte noch mehr.

Setzt man eine Frau auf ein niedriges Tabouret oder einen Stuhl hin, und verfolgt man, hinter ihrem Rücken stehend, vom

Punkte *C* die Richtung der Linien *A* und *B*, so divergiren, falls man gesunde Frauen, resp. Mädchen (ohne Brustdrüsenanomalien) vor sich hat, bei eregirten Warzen die durch die Warzen geführten Linien *CA* und *CB* beiderseits von der Linie *CD* unter *gleichen* Winkeln und sind in einer Horizontalebene gelegen, dem gegenüber ändert sich, falls das Infiltrat oder das lang anhaltende sklerotische Oedem die Warze seitwärts ablenkt, durchaus die Richtung der divergirenden Linien und zwar im der Sklerose, resp. dem Oedeme entgegengesetzten Sinne. Das ist immer leicht zu bemerken, wenn der Beobachter vom Punkte *C* sieht, und fällt es viel schwieriger, die Ablenkung der kranken Warze wahrzunehmen, wenn die zu untersuchende Frau sich en face befindet.

Bei der Diagnose von Brustwarzenkrankheiten müssen ausser der Syphilis selbstverständlich auch andere Ursachen, die zur Bildung von Warzenrhagaden und bei Ammen sogar zu vollständigem Warzenabfall[1]) führen können, wie auch andere bei Ammen vorkommende Brustdrüsenveränderungen berücksichtigt werden.

Was die Diagnose der Syphilis bei Ammen betrifft, so verdient noch besondere Erwähnung der oft zur Beobachtung kommende Pigmentverlust, das sogenannte *Leucoderma colli*; die Erscheinung wird nach den Beobachtungen meines Collegen Dr. *Fiweisky*, der sich eingehend mit dieser Frage beschäftigt

[1]) Dr. N. *Miller*. Frauenmilch und Ammenwahl. 1888. S. 148 und folgende (russisch).

hat, in 45—49$^0/_0$ aller syphiliskranken Frauen im condylomatösen Stadium beobachtet.[1])

Der Verlauf der primären Brustdrüsenpapeln stellt nichts Besonderes dar, und erachte ich es für überflüssig, mich umständlich darüber zu verbreiten.

Die Behandlung der primären Brustdrüsenpapeln war bei uncomplicirtem Verlaufe eine locale und bestand aus einem Verband mit Ac. carbolic. cum Ol. olivar. (℈j : ℥j = 1·0 : 25·0) oder aus einer Salbe von Ac. carbol. gr. XV (1·0), Hydrarg. praecip. alb. gr. jjj—V (0·2—0·3), Axung. porci ℥j (30·0) oder aber je nach der Periode der Schanker wurden adstringirende Mittel oder Emplastrum mercuriale cum saponato angewendet. Die Hauptbehandlung war eine mercurielle.

Bei Complicationen mit Mastitis wurde eine Stützbinde, Kälte und eine entsprechende Allgemeinbehandlung verordnet.

III. Primäre syphilitische Papeln der übrigen Körpertheile.

Von den übrigen Körpertheilen wurden syphilitische Primäraffecte beobachtet:

1. **Am Gesichte.** An dieser Stelle kamen fünf Fälle vor, wobei in drei Fällen die indurirten Schanker an den Augenlidern, in einem Falle auf einem Nasenflügel und am Kinn localisirt waren.

Der erste in unserem Krankenhause beobachtete Fall betraf einen dreiunddreissigjährigen Bauer, einen Kohlenverkäufer, bei dem die harten Schanker an den Lidern des rechten Auges sassen, wobei der Schanker des oberen Lides von einem beträchtlichen Oedeme dieses Lides begleitet war, welches fast das ganze Auge verdeckte. Die präauricularen und submaxillaren Lymphdrüsen waren auf der rechten Seite stark vergrössert. Die Schanker des Augenlides erschienen beim Kranken nach Verlauf eines Monates, nachdem ein sclerosirter Schanker am Penis entdeckt worden war und wurden von einem frischen maculo-papulösen Hautsyphilide und einer ausgesprochenen Leukocythose begleitet.

---

[1]) Die diesbezügliche Arbeit von Dr. Fiweisky soll demnächst veröffentlicht werden.

Der zweite Fall von harten Schankern der Augenlider mit consecutivem Hautsyphilid betraf einen achtzehnjährigen Arbeiter, welcher sich mit Möbeltransport beschäftigte. Bei ihm sassen die Sclerosen in Form von Ulcera indurata cupuliformia an den inneren Augenwinkeln; die Infection kam dadurch zu Stande, dass der Kranke seine Augen, in die beim Möbeltransport Staub gerathen war, mit einer schmutzigen Schürze, deren sich noch viele andere Arbeiter bedienten, stark gerieben hatte. Von den Lymphdrüsen waren hauptsächlich die Submaxillar- und Cervicaldrüsen beiderseits afficirt. Ausserdem fand ich bei persönlich vorgenommener Untersuchung eine Schwellung der präauricularen Drüsen an beiden Seiten.[1])

Der dritte Fall von hartem Schanker des Augenlides wurde bei einem sechsunddreissigjährigen Bauer beobachtet, der vom Lande kam und sich im November vorigen Jahres in unser Krankenhaus aufnehmen liess. Nach Aussage des Kranken soll ihm während des Korndreschens ein Splitter von einer Aehre in das rechte Auge geflogen sein und starke Schmerzen verursacht haben, weshalb er sich an eine Curpfuscherin, die Fremdkörper aus den Augen durch Lecken mit der Zunge zu entfernen pflegte, wandte. Nachdem dieselbe ihm sein Auge ausgeleckt hatte, stellte sich eine Zunahme der Augenentzündung ein und darauf trat ein sklerosirtes Geschwür am freien Rande des rechten oberen Augenlides auf, worauf eine Adenitis der Präauricular- und Submaxillardrüsen der rechten Seite und eine stark ausgesprochene Roseola syphilitica folgte.

Der vierte Fall von hartem Schanker des Gesichtes wurde an der Nase bei einem sechsundzwanzigjährigen Hausirer beobachtet, bei dem das sklerosirte Primärgeschwür den ganzen rechten Nasenflügel einnahm. Die Submaxillardrüsen waren besonders stark auf der rechten Seite vergrössert und von sehr harter Consistenz. Die Ansteckung war höchst wahrscheinlich durch ein Handtuch, dessen sich noch mehrere andere seiner Haus-

[1]) Von diesen beiden Kranken mit harten Lidschankern hat seinerzeit der Künstler Beliankin unter meiner Aufsicht Aquarellzeichnungen angefertigt, welche sich gegenwärtig in der Collection unseres Krankenhauses befinden.

genossen bedienten, erfolgt; unter den Letzteren waren einige nach Aussage des Kranken notorische Syphilitiker.

Der fünfte Fall von sklerosirtem Schanker des Gesichtes wurde bei einer achtzehnjährigen Knopfmacherin am Kinne beobachtet; das Ulcus durum nahm das ganze Kinn ein, hatte einen Durchmesser von $5^1/_2$ Ctm., war 4 Ctm. lang, von der Form einer über die Hautdecken hervorragenden Scheibe von kirschrother Farbe, war indolent hart anzufühlen und eiterte nicht; das Geschwür wurde von einer Affection der Submental- und namentlich der Submaxillardrüsen, sowie von Syphiliden der Haut und Rachenschleimhaut gefolgt. Die Kranke wurde von einer syphiliskranken Gefährtin, mit der sie zusammenschlief und die sie oft küsste, während sie selbst eine Finne am Kinne hatte, inficirt.

2. **An den Oberextremitäten** wurden sechs Fälle von primären syphilitischen Papeln beobachtet.

In einem Falle wurde eine primäre Sklerose bei einer fünfunddreissigjährigen verheirateten Köchin beobachtet, und zwar an der Aussenfläche des rechten Oberarms; die ulcerirte Sklerose von runder Form und gewöhnlicher Farbe ragte über die Hautfläche hervor, war von einer bedeutenden Schwellung der Lymphdrüsen des Ellbogengelenks und der Subaxillarregion der linken Seite und einem papulösen Syphilide des ganzen Körpers begleitet. Die Aetiologie dieses Falles blieb unaufgeklärt.

In fünf Fällen sassen die primären Sklerosen an den Fingern, und zwar in zwei Fällen am Daumen, in den übrigen drei Fällen waren die Schanker an anderen Fingern localisirt.

In einem Falle nahm ein colossaler Schanker den ganzen Thenar ein; dieser Fall betraf einen fünfundvierzigjährigen Musiker, welcher, um sich vor dem Coïtus zu erregen, mit der rechten Hand in den Genitalien eines Frauenzimmers agirte; das syphilitische Contagium gelangte in diesem Falle in eine Hautschrunde, welche der Kranke schon vor dem Coïtus hatte und gerade im Centrum der Sklerose lag. Es gesellte sich eine Affection der Epitrochleardrüsen des rechten Ellbogens und ein maculo-papulöses Syphilid des ganzen Körpers hinzu.

In einem zweiten Falle trat ein Schanker auf der Mitte der ersten Phalanx des rechten Daumens bei einer einundvierzig-

jährigen Wärterin der geburtshilflichen Abtheilung der Universitätsklinik auf. Die Kranke gab an, dass sie in der Privatpraxis eine Frau nach einem Abortus pflegte, die syphiliskrank war und von der sie sich inficirt haben sollte. Dem Schanker des Fingers folgte in diesem Falle eine rechtsseitige Adenitis der Epitrochlear- und der Axillardrüsen, worauf eine Roseola syph. und eine Psoriasis palmaris auftrat.

Der dritte Fall betraf eine vierzigjährige Hebamme; der Schanker sass auf dem mittleren Finger der rechten Hand an der Palmarfläche zwischen der zweiten und dritten Phalanx und war von einer beträchtlichen Anschwellung der Lymphdrüsen der rechten Subaxillarregion und von einem consecutiven Syphilide begleitet.

Der vierte Fall wurde bei einem dreiunddreissigjährigen Fabriksarbeiter beobachtet; der harte Schanker sass auf der Dorsalseite des mittleren Fingers der rechten Hand an der Stelle einer vorausgegangenen Contusion und entwickelte sich in Folge von Agiren in den Genitalien einer Prostituirten. Ausser einer allgemeinen Adenitis war bei dem Kranken eine Affection der rechten superficiellen Ulnardrüse (von der Grösse einer Wallnuss) und der Drüsen der Subaxillarregion derselben Seite besonders stark ausgesprochen.

Der fünfte Fall betraf einen siebenundzwanzigjährigen, verheirateten Arbeiter, der nach einem Coïtus in einem Bordell einen Schanker mixte am Penis und am vierten Finger der rechten Hand bekam; das Schankergeschwür des Fingers verheilte und sklerosirte sich auch fast nach drei Wochen nach stattgehabtem Coïtus; es folgte darauf eine Anschwellung der rechten Subaxillardrüse. Es war evident ein Fall von Ulcus induratum duplex.[1])

Sämmtliche Schanker der Finger waren indolent.

3. **An den Unterextremitäten** wurden primäre Papeln beobachtet:

An der Innenfläche der Oberschenkel und an den Nates. Bei vier Frauen wurden die Schanker an den Oberschenkeln beobachtet, wobei alle Schanker an der Innenseite derselben sassen,

---

[1]) Derartige Fälle von gleichzeitigen Schankern an den Genitalien und ausserhalb derselben sind von Hutchinson, Fournier, Morel Lavalée u. A. veröffentlicht worden.

und kam die Infection höchst wahrscheinlich durch Ansteckung beim Coïtus zu Stande, ebenso wie die folgenden zwei Fälle von Schankern an den Nates. In einem dieser Fälle hatte eine einundzwanzigjährige Köchin einen doppelten Schanker, von denen der eine von der Grösse eines Fünfzig-Pfennigstückes auf der linken Hinterbacke, der andere, etwas kleinere, aber auch sehr charakteristische, am Rande der rechten kleinen Schamlippe sass. Im zweiten Falle war ein oberflächlicher (in Form einer pergamentartigen Erosion), aber umfangreicher Schanker auf der rechten Hinterbacke bei einer einundzwanzigjährigen Wäscherin localisirt, worauf ausser eines papulösen Syphilids der Genitalien eine ausgesprochene Adenitis der Inguinaldrüsen folgte.

In vier Fällen wurden bei Frauen Schankergeschwüre am Anus und nur in einem Falle im Orificium ani selbst beobachtet.

Das Zustandekommen dieser Schanker in Folge von Päderastie konnte nur in einem Falle constatirt werden, wo eine dreissigjährige Köchin, aus Angst schwanger zu werden, mit einem Hausknechte per anum Beischlaf ausgeübt hatte. Dem Coïtus folgte eine Schrunde des Anus und eine Syphilisinfection, wobei einer von den Schankern in der Richtung der Analfalte, der andere wahrscheinlich an der Stelle der post coïtum entstandenen Schrunde auftrat.

In den übrigen vier Fällen blieb die Entstehungsweise der Schanker unaufgeklärt. Höchst wahrscheinlich, dass die Infection, wenn auch Päderastie oder Versuche zu derselben nicht stattgefunden hatten, doch durch Beischlaf zugezogen war. Das syphilitische Contagium konnte dabei auf die unverletzten Theile der Genitalien gelangen und bei Horizontallage der Kranken nach aussen herabfliessen, um im Falle einer Verletzung am After einen günstigen Boden für erfolgreiche Impfung zu finden.

Bei Affection der Nates und des Afters kann jedoch die Frage auftauchen, ob die Erkrankung dieser Theile nicht durch Sitzen auf den Sitzkasten von Closetten oder Retiraden erfolgt war? Ungeachtet der häufigen Verletzung des Orificium ani (katarrhalische Excoriationen, hämorrhoidale Schrunden u. s. w.), welche die Syphilisinfection gewiss höchst begünstigt, ist doch schwer anzunehmen, dass diese Stelle bei nüchternen Personen auf diese Weise einer Infection ausgesetzt werden könnte. Berücksichtigt

man den Umstand, dass alle erwachsenen Leute beim Stuhlgange darauf aufpassen, ihren Anus in die Sitzkastenöffnung einzustellen, so versteht es sich von selbst, dass derselbe sich ausserhalb der ansteckungsfähigen Theile des Sitzkastens befindet und daher natürlich von einer Infection auf diese Weise nicht die Rede sein kann. Im Gegentheile aber können namentlich bei Frauen die Genitalien und ganz besonders die Nates Sitz der Infection werden und es ist leicht möglich, dass der obenerwähnte Fall, wo ein umfangreicher Schanker an den Hinterbacken sass, eben auf diese Weise entstanden sein konnte.

Diese Voraussetzung kann, meiner Meinung nach, auch daher gerechtfertigt erscheinen, dass in der glutaeo-femoralen Falte, dort wo die Haut der Hinterbacken in die des Oberschenkels übergeht, nicht selten (besonders im Sommer bei fettleibigen und schwitzenden Individuen) Erythem, Eczem und noch häufiger Acne auftreten, welche, namentlich beim Jucken und durch das Reiben der Kleider eine Abstossung der Hautepidermis veranlassen und folglich als Eingangspforte für das syphilitische Contagium dienen können.

Ausser den erwähnten Stellen wurden bei Männern extragenitale syphilitische Schanker beobachtet: in fünf Fällen in der Schambeingegend, in vier Fällen in der unteren Abdominalgegend und in einem Falle gleichzeitig am Abdomen und Scrotum. Nach Aussage der Kranken sollen in allen diesen Fällen die Schanker der Extragenitaltheile auf sexuellem Wege acquirirt worden sein und traten dieselben namentlich an denjenigen Körpertheilen auf (untere Abdominalgegend und Schambein), welche bei männlichen Arbeitsleuten am meisten wegen Insectenstichen gekratzt werden und folglich immer offene Eingangspforten für das syphilitische Contagium darstellen.

Wir halten es ferner kaum für zulässig, die Ulcera indurata scroti (sieben Fälle) zu den extragenitalen Schankern zuzuzählen, wie es manche Autoren zu thun pflegen nicht sowohl ihrer Entstehungsart als dem Orte nach, da doch das Scrotum nur einen Bestandtheil der männlichen Genitalien bildet.

Was das Verhältniss der Kranken mit primären syphilitischen Papeln zur Gesammtzahl der Syphilitiker im condylomatösen und gummösen Stadium betrifft, so erhalten wir für den

Zeitraum von zehn Jahren folgende Zahlen: Männer 0·67 Procent, Frauen 2·90 Procent.

Allgemeine Schlussfolgerungen.

Stellen wir die von uns angeführten Fälle von extragenitalen Schankern zusammen, so ergibt sich:

1. Dass in der weiblichen Bevölkerung der Arbeiterclasse zu Moskau die extragenitale Syphilisinfection bedeutend stärker verbreitet ist, als in der männlichen. Diese Differenz (Männer 52, Frauen 145) tritt noch prägnanter hervor, wenn man den Umstand berücksichtigt, dass in unserem Spitale für Männer 215 Krankenplätze, für Frauen aber aus der Arbeiterclasse nur 85 existiren, die Männer also quantitativ prävalirten.

Dieses Prävaliren Seitens der weiblichen Bevölkerung wird nicht allein bei uns in Moskau, sondern auch in anderen Städten Europas[1]) beobachtet und hängt theils von den physiologischen Eigenthümlichkeiten des weiblichen Organismus, wie das Stillen ab, theils von der socialen Stellung der Frauen, welche ausserhalb der Ehe in sexueller Hinsicht keineswegs mit den Männern gleichberechtigt sind, während doch die übrigen Bedingungen des geselligen Verkehrs und Umganges mit syphiliskranken Individuen sich bei ihnen in gleicher Weise wie bei den Männern geltend machen.

2. Die häufigste Form der extragenitalen Infection im Arbeiterstande ist die Ansteckung per os, wobei als Hauptfactor Küsse, Essen und Trinken aus gemeinschaftlichen Geschirren und namentlich mit abwechselnden, vom syphilitischen Contagium leicht durchtränkbaren hölzernen Löffeln dienen.

3. Der zweite, selbstverständlich nur bei Frauen vorkommende Factor extragenitaler Syphilisinfection bildet das Stillen mit der Brust, sei es fremder oder eigener Kinder, in letzterem Falle, wenn sie temporär syphiliskranken Ammen anvertraut wurden.

4. Die Syphilisinfection per os durch das Essen aus gemeinschaftlichen Geschirren mit syphiliskranken Individuen wird unter

---

[1]) Siehe Ch. Mauriac. Leç. sur les maladies vénériennes 1883, pag. 325. — R. Fournier. Leç. cliniques de la syphilis. 2 éd. 1881. pag. 325.

den Frauen vorzugsweise in kleineren Handwerksstätten und Nähgeschäften beobachtet, was auf Mangel sanitärer Ueberwachung dieser Anstalten hinweist. Die extragenitale Infection der Stubenmädchen, Köchinnen und anderer Dienstboten deutet aber auf die Rücksichtslosigkeit und Sorglosigkeit der Wirthe ihren Dienstboten und sich selbst gegenüber hin.

5. Um der Verbreitung der Syphilis auf extragenitalem Wege vorzubeugen, sind ausführbare und zweckentsprechende Massnahmen erforderlich, welche wir nächstens zu besprechen hoffen.

Literatur

zur Frage über die extragenitale Syphilisinfection.[1])

Adams. Chancre of upper lid. (Ophthalmol. Soc. of Great-Britain and Ireland, 14. December 1882.) Cit. bei Alexander, Syphilis und Auge. — **Alexander.** Syphilis und Auge. Wiesbaden 1888, I. Hälfte, pag. 6. Verfasser erwähnt zwei Fälle von Initialsklerose der Augenlider, wobei in einem Falle die Infection in Folge eines Kusses von einer syphilitischen Magd, welche Geschwüre im Rachen und Papeln auf der Zunge hatte, entstand. Im zweiten Falle handelte es sich um einen bereits verstorbenen achtundzwanzigjährigen Arzt, bei welchem sich in der Mitte des unteren Augenlides ein harter Schanker localisirte; die Affection war von einer Anschwellung der Parotiden mit nachfolgendem Syphilid begleitet. — **Allen.** Chancre of the upper lip. (Journ. of cutan. and gen.-urin. dis. August 1888, pag. 314.) In einer Sitzung der New-Yorker dermatologischen Gesellschaft theilt Verfasser einen Fall mit, von, seiner Ansicht nach, einem harten Schanker der Oberlippe bei einer unverheirateten Frau von achtundzwanzig Jahren. Das Geschwür hatte die Grösse von einer Münze von zehn Cents, erhabene Ränder und einen exulcerirten Grund und erinnerte an eine exulcerirte primäre Papel. — **Anderson** William. A case of primary syphilitic sore on the cheek. (The Brit. Journ. of Derm., January 1889, VI, Nr. 3, pag. 73. Nebst Abbildung.) Ein Fall von hartem Schanker, welcher sich bei einem neunundzwanzig Jahre alten Manne, der als Patient sich im Hospital St. Thomas befand, entwickelte. Der Schanker befand sich auf der rechten Wange und erstreckte sich auch auf das untere Augenlid. — **Appay** Camil. De la transmission de la syphilis entre nourrices et nourissons et notamment par l'allaitement avec considérations médico-légales. Paris 1875, pag. 48—66 und 98—115. Mittheilung einiger Beobachtungen über Uebergabe von Syphilis durch das Stillen und Hinweis auf die die sklerosirten Schanker der Brust charakterisirenden Symptome.

Barker F. R. Inoculation of syphilis by tattowing. (The Brit. Journ. of Derm. 1888, Nr. 2, pag. 62.) Einige Fälle von luetischer Infection der Soldaten als Folge ihrer Tättowirung durch einen sich in der

---

[1]) Originalaufsätze, Citate und Referate, die dem Verfasser zugänglich waren.

condylomatösen Periode befindlichen Syphilitiker. — **Baudry.** Sur un mode particulier de la transmission de la syphilis aux paupières. (Arch. d'ophthalmol. 1885, pag. 172.) Zwei Fälle von Initialsklerose bei Kindern, deren Wärterinnen ihnen die Augen behufs Entfernung des Eiters aus den letzteren mit Speichel abwischten. — **Baudry.** Contributions à l'étude du chancre des paupières. (Arch. d'ophthalmol. V., pag. 55.) Behandelt dasselbe Thema. — **Baum** S. Casuistische Beiträge zur Kenntniss der extragenitalen Initialsklerose. (Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1885, pag. 97—116.) Achtzehn Fälle von extragenitalem Schanker aus der Klinik des Prof. Pick in Prag. Die Sklerosen wurden beobachtet auf den Lippen, in den Augenwinkeln, auf der Wange, am Kinn, auf den Brustdrüsen und auf dem Mons Veneris. — **Baxter.** (The Lancet 1879. Cit. bei Prof. Ziemssen, Bd. III. Bäumler, pag. 62.) Ein Fall von luetischer Infection in Folge von gemeinschaftlichem Gebrauch einer und derselben Zahnbürste mit einem Syphilitiker. — **Beloussow** P. P. Bericht über die Syphilis im Odoew'schen Kreise. (Zeitschr. f. ger. Med. u. allgem. Hyg., 1885, Bd. IV. Russisch.) Nach Beobachtungen Beloussow's über 334 Syphilitiker geschah die Infection per coitum in 11·08 Procent, durch das gemeinsame Zusammenleben in 77·00 Procent, durch das Stillen in 1·80 Procent, hereditär in 10·12 Procent der Fälle. — **Beloussow.** Beobachtungen über klinische Formen (?) der primären syphilitischen Affectionen bei extragenitaler luetischer Infection. (Medicinskoje Obosrenie, 1888, pag. 695. Russisch.) Ein Fall von hartem Schanker des Rachens in Folge von gemeinschaftlicher Mahlzeit mit einem Syphilitiker. — **Beloussow** P. P. Ueber die Formen des Auftretens primärer syphilitischer Affectionen auf der Schleimhaut der Mundhöhle. (Arbeiten des II. Congresses russischer Aerzte in Moskau 1887, pag. 20 u. ff. Section der Haut- und venerischen Krankheiten. Russisch.) Statistische Daten, aus welchen ersichtlich, dass, nach Beobachtung der Aerzte im Gouvernement Rjasan über 2765 Kranke, die luetische Infection in 26 Procent per coitum, in 5·4 Procent hereditär, in 2·2 Procent durch das Stillen, in 66·3 Procent auf anderen Wegen in Folge des Zusammenlebens geschah. Es war also die extragenitale luetische Infection in 74·0 Procent der Fälle beobachtet. Nach Beobachtungen Beloussow's war im Odoew'schen Kreise die extragenitale luetische Infection in 88 Procent der Fälle beobachtet und zwar: 1·8 Procent durch das Stillen, 10·12 Procent hereditär und 77·0 Procent in Folge des Zusammenlebens. Zum Schlusse des Aufsatzes erwähnt Beloussow acht Fälle von primären Papeln der Mundschleimhaut, entstanden in Folge des Zusammenlebens. — **Bergh** R., Prof. Ueber Ansteckung und Ansteckungswege bei Syphilis. Hamburg und Leipzig, 1888. Einige Fälle von extragenitaler luetischer Infection nach Verfassers eigenen Beobachtungen im Hospital zu Kopenhagen, wo, im Jahre 1872, von 145 an recenter Syphilis leidenden registrirten Prostituirten bei 80 der harte Schanker beobachtet war, worunter bei fünf Patientinnen Sklerosen in der Nähe der Geschlechtstheile und nur in einem Falle der Schanker an der Oberlippe zur Beobachtung kam. Im Laufe der Jahre 1873—1886 war von 284 Fällen von Syphilis recens der harte Schanker nur in 172 Fällen beobachtet, von welchen nur in zwei Fällen an der Oberlippe, in einem Falle auf der Brustwarze und in einem Falle an der Wade in Folge von extatischen Küssen und Saugen. — **Binet.** (La France méd. 1881, 4, 5. Cit. bei Szadek, Schanker des Rachens, 1884. Russisch.) Vier Fälle von sklerosirtem Schanker des Rachens, von denen zwei auf dem Gaumensegel und zwei auf den Tonsillen. — **Boeck** C. Vier Fälle von syphilitischer Infection durch die Tonsille. (Ref. in Monatsh. f. prakt. Derm. 1883.

pag. 317.) Vier Fälle von primären Sklerosen der Tonsille, von denen in zwei Fällen die Infection in Folge gemeinsamen Essens und Trinkens mit den Kranken, und in einem Falle in Folge eines Kusses entstand. Später hat Boeck noch drei Fälle beobachtet (cf. Monatsh. f. prakt. Derm. 1885, pag. 456), was ihm die Behauptung ermöglicht, dass Sklerosen der Tonsillen lange nicht so seltene Erscheinungen sind und dass einige Fälle von Syphilis d'emblée wahrscheinlich denselben Ursprung hatten. — **Boeck** W. Ueber syphilitische Infectionsweisen und die Inoculabilität des syphilitischen Virus. (Arch. f. Derm. u. Syph. 1869, pag. 168—179.) Ein Fall von extragenitaler luetischer Infection bei einem sechsunddreissig Jahre alten Manne, bei welchem der harte Schanker sich auf der Unterlippe entwickelte und von einer heftigen Cervical- und Submaxillar-Adenitis und Roseola syphilitica begleitet war. — **Boeck** W. Erfahrungen über Syphilis. Stuttgart 1875, pag. 108—109. Ein vom Verfasser bereits 1869 im Arch. f. Derm. u. Syph. (pag. 171) beschriebener Fall, in welchem ein Kind von der Mutter (?), die an condylomatöser Syphilis litt, inficirt wurde. Nach Entwöhnung des Kindes, sofort nach Aufnahme der Mutter ins Krankenhaus, zeigte das Kind, nach Verlauf von sechzehn Tagen, Anfangs die Symptome des primären Leidens an der Zunge, in Form eines Geschwürs am Frenulum und Erosionen auf der oberen Fläche der Zunge, welche von einer Adenitis submaxillaris und einer am 41. Tage aufgetretenen Roseola syphilitica gefolgt waren. — **Bogolubow** N. Fünf Fälle von luetischer Infection per os. (Med. Beilagen zum Marine-Journal 1884. Russisch.) Bogolubow beschreibt fünf Fälle von extragenitaler luetischer Infection per os. — **Bogolubow.** (Med. Beilagen zum Marine-Journal 1885, Nr. III—IV. Russisch.) In einem Bericht aus dem Hospital zu Kronstadt erwähnt Bogolubow, dass von 753 Syphilitikern er nur in vier Fällen eine extragenitale Infection beobachtete und zwar: in zwei Fällen harte Schanker auf den Lippen und je einmal auf dem Augenlide und der Tonsille. — **Boucheron.** Note sur le diagnostique des chancres oculaires. Observation d'un chancre infectant du septi semilunaire de la conjonctive. (Union méd. V., XXVII., pag. 529.) — **Boudinet.** Syphilis communiquée par le doigt d'une sage-femme. (Bullet. de l'acad. de méd. Paris 1878.) Ein Fall, in welchem eine Hebamme, welche eine Initialsklerose am Finger hatte, die ihrer Pflege anvertraute Wöchnerin inficirte. Auf den harten Schanker erfolgte bei der Wöchnerin seinerzeit ein Hautsyphilid. — **Boulangier.** Chancre du nez. (La clinique. 26. Jänner 1888. Ref. in Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 8, pag. 387.) Ein Fall von hartem Schanker der Nase, begleitet von einer heftigen Affection der Submaxillardrüsen. — **Bresgen** Max. (Grundzüge einer Pathologie und Therapie der Nasen-, Mund-, Rachen- und Kehlkopfskrankheiten. Wien und Leipzig 1884, pag. 148—149.) Kurze Beschreibung der harten Schanker des Rachens und einige Bemerkungen über die Schwierigkeiten deren Diagnose. — **Brinken.** Ulcus durum auf der Innenfläche des oberen Lides. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1884, pag. 371.) — **Buch** M. Einige Fälle von ungewöhnlicher Syphilisinfection. (Finska läkaresällskapets handlingar. Heft 6, 1888. Autoref. in der St. Petersburger med. Wochenschr. 1888. Nr. 30, pag. 261.) Drei Fälle von luetischer Infection in Folge des Beleckens der Augen und der Untersuchung der Augenlider mit von Speichel benetzten Fingern durch eine syphilitische Quacksalberin. „Die Quacksalberin war Specialistin (!) für Augenkrankheiten und hatte die Gewohnheit, bei Untersuchung der Augenlider ihre Finger zu belecken oder auch das Auge auszusaugen." — **Bucquay.** (L'union méd. 1865, pag. 191—192. Cit. bei Szadek, Schanker des Rachens.) Beschreibung einiger Fälle von Syphilisinfection durch Ohrkatheter beim Katheterisiren der Tuba Eustachii. —

Bulkley-Duncan. Two cases of chancre of the lip, probably acquired through cigars. (Arch. of Derm. 1879.) Zwei Fälle von hartem Schanker der Lippen in Folge von Cigarrenrauchen. — **Buzenet.** Du chancre de la bouche; son diagnostic differentiel. Paris. Thèse. 1858.

Campart. Chancres indurés des paupières. (Bullet. de la clinique nat. ophth. des Quinze-Vingts. Nr. 2. pag. 87. Cit. bei Alexander, pag. 21.) — **Carlton,** Dr. Uebertragung von Syphilis durch Tättowirung. (cf. Moffet-Grenvill.) — **Cheminade** G. Chancre induré, occasionné par un rasoir. (Ann. de derm. et de syph. 1888, pag. 535.) Ein Fall von extragenitaler Syphilisinfection durch einen Rasirmesserschnitt der Haut am Halse bei einem dreissig Jahre alten Manne. Die Schnittwunde heilte lange nicht und an deren Stelle entwickelte sich in der Folge ein Geschwür von ovaler Form mit callösen Rändern, und es entstand eine Occipitaladenitis mit nachfolgendem Syphilid. — **Chochlow.** (Wratsch 1881, Nr. 35 und 43. Russisch.) Zwei Fälle von extragenitalem Schanker aus der Klinik des Dr. Mauriac. Im ersten Falle handelte es sich um einen nach dem Rasiren entstandenen Schanker auf der Wange. Im zweiten Falle entstand der Schanker auf dem Zeigefinger der linken Hand in Folge eines Faustschlages in die Zähne des Gegners, welcher sich als Syphilitiker erwies. In beiden Fällen erfolgte nach der Verletzung Syphilis. — **Chrisolm.** Syphilitic infection with iritis from an oral chancre. (Maryland Med. Journ. Baltimore. June 1882. V., IX., pag. 81. Ref. im Arch. of Derm. and Syph. 1882, pag. 373—374.) Ein Fall von Syphilisinfection durch einen Kuss bei einem achtzehn Jahre alten Mädchen, bei welchem sich der harte Schanker auf der Unterlippe localisirte und von einer Adenitis submaxillaris, Syphilid und plastischer Iritis desselben Ursprungs gefolgt war. — **Claude.** Etude sur la syphilis du sein. Thèse. Paris 1886. (Ref. in Ann. de derm. et de syph. 1886, pag. 774.) Im ersten Theile seiner Dissertation beschreibt Claude die Symptome der harten Schanker der Brustwarzen beim Manne und beim Weibe. Claude Barthélemy citirend, erwähnt Verfasser einen Fall, wo einem fünfundsechzig Jahre alten Weibe mit recentem harten Schanker der Mamma eine Operation gemacht wurde, indem man den Schanker für ein exulcerirtes Epithelioma hielt. — **Cochez.** (Paris méd. 1880, Nr. 78. Ref. in der St. Petersburger med. Wochenschr. 1881, Nr. 26.) Zwei Fälle von Syphilisinfection beim Rasiren (aus der Klinik des Dr. Desprès). Im ersten Falle entwickelte sich bei einem vierundfünfzig Jahre alten Manne in Folge eines Einschnittes ein Schanker auf der Wange; im zweiten Falle war bei einem zweiundzwanzig Jahre alten Manne die Unterlippe verwundet. Den Schankern folgten Syphilide. — **Connor, Leartus.** Étude clinique sur la syphilis de l'oeil et de les annexes. (Ref. in The Americ. Journ. of the Med. Science April 1883, pag. 378. Ann. de derm. et de syph. 1883, pag. 361.) Beschreibung der Fälle von Wherry, Nettleship, Mastin, Sturgis und Boucheron mit Hinzufügung von zwei eigenen Fällen von hartem Schanker der Conjunctiva, die Connor in der Klinik des Prof. Fournier beobachtet hatte. — **Critchett.** Hunter'scher Schanker am Unterlid. (Med. Times 1857.)

Debeck David. Hard chancre of the eylids and conjunctiva. Contributions from the ophthalmic Clinik (Prof. W. W. Leely) Medical College of Ohio. (Ref. im Jahresber. f. Ophthalmol. 1886, pag. 440. Ann. de derm. et de syph. 1887, pag. 209.) 94 Fälle von Sklerose der Augenlider, darunter einige aus eigener Praxis. Am häufigsten entstanden derartige Schanker in Folge von Auslecken von Fremdkörpern, die unter die Augenlider gelangt waren. In sechs Fällen konnte Verfasser harte Schanker auf den Augen bei Aerzten constatiren, welche entstanden in Folge des hineingelangten Speichels von Patienten, die während der Cauterisation

des Rachens ausspien. — **Delapersonne.** Palpebral chancre. (Arch. d'ophthalmol. Paris 1880—1881, pag. 499. Ref. of cut. and ven. dis. 1882, pag. 376.) Ein Fall von Sklerose des Augenlides mit nachfolgenden Erscheinungen von Syphilis; beobachtet vom Verfasser im Hôtel Dieu in der Abtheilung von Dr. Panas. — **Denti.** Ulcero syphilitico primitivo della conjunctiva palpebrale. (Ann. di ophthalmia V., XII., pag. 567. Cit. bei Alexander, pag. 22.) — **Desmarres.** (Traité théor. et prat. des mal. des yeux. Paris 1867. Cit. bei Prof. Lang, pag. 395. Russische Uebersetzung.) Ein Fall von primärer Sklerose des Augenlides in Folge des während eines Hustenanfalles eines syphilitischen Patienten in das Auge des Arztes gelangten Speichels. — **Desmet** Ed. Ueber die Syphilis der Glasbläser. (La clinique 1887, Nr. 10. Ref. im Monatsh. f. prakt. Derm. 1888.) Verfasser beschreibt einen schweren Fall von Syphilis (Ecthyma) bei einem Glasbläser durch Infection per os und macht den Vorschlag, einem jeden Arbeiter ein eigenes Mundstück zu geben, welches den beim Glasblasen gebräuchlichen Instrumenten adaptirt werden könnte — **Desnos.** (Dict. de méd. et de chir. prat. VII., pag. 149.) Die Seltenheit der harten Schanker des Rachens besprechend, theilt Verfasser statistische Daten mit, aus denen ersichtlich, dass von 77 Fällen von hartem Schanker der Mundhöhle nur ein harter Schanker auf der Tonsille vorkommt. — **Deubel.** Uebertragung der Syphilis in Folge einer Hauttransplantation. (Gaz. hebdom. 1881, Nr. 44. Ref. in Monatsh. f. prakt. Derm. 1882, pag. 94.) Ein Fall von extragenitaler Syphilisinfection in Folge von Transplantation von einem Syphilitiker entnommenen Hautstücken einem neunundvierzig Jahre alten Manne, welcher in Folge von Erysipelas einen bedeutenden Substanzverlust am Oberschenkel hatte. Es wurden im Ganzen von 11 Individuen 73 Hautstücke in zwei Sitzungen transplantirt; wahrscheinlich erfolgte die Infection nach der zweiten Transplantation. — **Diday.** Études sur le chancre de l'amygdale. (Ann. de la société des sciences méd. de Lyon 1861/62, I., pag. 45. Cit. bei Szadek.) Acht Fälle von hartem Schanker der Tonsillen mit nachfolgender Adenitis cervicalis und Hautsyphiliden. Diday war der Erste, welcher auf die Möglichkeit der Localisirung primärer Papeln auf den Tonsillen und auf deren Diagnose hinwies. — **Donaldson.** (Le courier méd. 1885, Nr. 48. pag. 424.) Ein Fall von hartem Schanker der Tonsille. Cit. bei Dr. Poray-Koschitza. Russkaja Medicina 1885, Nr. 43. — **Dorning.** Beitrag zur Kenntniss syphilitischer Initialaffecte an den Augenlidern. (Wiener med. Wochenschr. 1885, Nr. 11.) Ein Fall von hartem Schanker des rechten unteren Augenlides bei einer Wäscherin mit nachfolgendem Syphilid des Körpers. — **Dubruel,** Prof. Syphilis contractée par une inoculation palpebrale. (Gaz. hebdom. des sciences méd. de Montpellier 1888, Nr. 9. Ref. in Ann. de derm. et de syph. 1888, pag. 597.) Ein Fall von hartem Schanker des rechten äusseren Augenwinkels, welcher von einer Adenitis submaxillaris derselben Seite und nachfolgendem papulös-squamösen Syphilid begleitet wurde.

Fedotow A. Syphilisinfection in Folge von ritualer Beschneidung. (Med. Beilagen zum Marine-Journal 1884, IV. Russisch.) Drei Fälle von Syphilisinfection der Kinder in Folge der Beschneidung (nach israelitischem Ritus). — **Féréol.** Communication de la vérole par la gréffe épidermique. (Progrès méd. 1881, Nr. 46, pag. 916.) Féréol beschreibt einen von Dr. Debel beobachteten Fall, welcher einem 49 Jahre alten Manne 45 Hautstücke transplantirt hatte. Letztere wurden vom Sohne des Patienten entnommen, der, wie es sich später erwies, syphilitisch war. — **Fleischer** A. Ein Fall von Syphilisinfection beim Rasiren. (Protokolle der Sitzungen der Gesellschaft Kiew'scher Aerzte, 1885/86, pag.

73, Kiew 1886. Russisch.) Ein Fall von hartem Schanker am Kinn in Folge eines Schnittes mit dem Rasirmesser beim Rasiren; der Schanker wurde von einer Anschwellung der benachbarten Drüsen und nachfolgenden luetischen Symptomen begleitet. — **Fournier** A. Études sur le chancre céphalique. Paris 1858. — **Fournier** A. Prof. Deux cas de chancre syphilitique de la région du cou. (Ann. de derm. et de syph. 1876/77, pag. 64.) Zwei Fälle von hartem Schanker des Halses. In einem Falle entwickelte sich bei einem zweiundzwanzig Jahre alten Manne der Schanker am Halse in Folge eines Bisses von einer syphilitischen Frau. Im anderen Falle befand sich die Sklerose am Halse bei einem jungen Mädchen aus unbekannter Ursache. In beiden Fällen erfolgte seinerzeit, nach den örtlichen Erscheinungen, Syphilis. — **Fournier** A. Prof. Nourrices et nourissons syphilitiqes. Paris 1878. — **Fournier** A. Prof. Deux cas rares de chancres syphilitiques mamaires. Note lue à la société médicale des hôpitaux de Paris. Extrait de L'union méd. 3, 1878. — **Fournier** A. Prof. Leçons cliniques sur la syphilis. Paris 1881, pag. 48—50. Von 203 Fällen von syphilitischem Schanker bei Frauen wurden in 171 Fällen Schanker an der Vulva und in 32 Fällen ausserhalb der Geschlechtstheile beobachtet. Extragenitale Schanker folglich circa 16 Procent. — **Fournier** A. Prof. Document statistique sur les sources de la syphilis chez la femme. (Extrait du Bullet. de l'acad. de méd. Séance du 25 Octobre 1887.) Der Verfasser bringt aus seiner siebenundzwanzigjährigen Privatpraxis 887 Fälle von Syphilisinfection bei Frauen, wobei 42 Frauen extragenital und 842 per coitum inficirt wurden. Von den 42 extragenital Inficirten bekamen die Syphilis 7 hereditär; 4 durch Zufall in der Kindheit; 8 in Folge des Stillens von hereditär syphilitischen Kindern; 5 von Hebammen, welche während ihrer Manipulation mit syphilitischem Schanker an den Fingern behaftet waren; 12 durch häusliche Verhältnisse: von Kindern, Ammen, Gouvernanten etc.; 2 mit den Pocken angeimpft; 2 in Folge Katheterisation der Tuba Eustachii; 1 nach einem Trunk aus einer (unreinen) Flasche. Bei den übrigen 4, obgleich Ursache nicht angegeben, war ebenfalls die Infection nicht per coitum entstanden.

Galezowski. Chancre primitif inféctant de la conjonctive. (Journ. d'opthalmol. Mai et Juin 1872. — **Galezowski.** Chancre des paupières et du globe oculaire. (Recueil d'opthalmol. pag. 604, cf. Alexander, pag. 21. — **Ge** A. F. Prof. Cursus der venerischen Krankheiten. 3. Auflage, Kasan 1888. Russisch. Neue Ausgaben bezüglich der Häufigkeit der extragenitalen Infection, welche nach Verfasser, bei Männern = 3·8 Procent, bei Frauen = 18·9 Procent ist. — **Gillet de Grandmond.** Chancre d'un conjonctival cul de sac. (Journ. de méd. de Paris 1886, Nr. 12. Ref. in Journ. of cut. and ven. dis. 1886, pag. 224.) Ein Fall von hartem Schanker des Conjunctivalsackes bei einer Frau von sechsundzwanzig Jahren. — **Girode.** Chancre syphilitique développé sur les lésions d'une gingivite phosphorée. (France méd. 20 Mars 1888. Ref. in Ann. de derm. et de syph. 1888, pag. 416.) Ein Fall von hartem Schanker am Zahnfleisch des Oberkiefers bei einer Frau von zweiundzwanzig Jahren. Letztere arbeitete circa drei Jahre in einer Zündholzfabrik, trank aus einem und demselben Gefässe mit den übrigen Arbeiterinnen und, bereits an einer Gingivitis phosphorica leidend, bekam eine Sklerose des Zahnfleisches mit nachfolgenden syphilitischen Erscheinungen. — **Glasunowski.** Dr. (Wratschebnyja Wedomosti 1882, Nr. 507. Russisch.) Auf Grund seiner Beobachtungen im Semljank'schen Kreise, Gouvernement Woronesch, macht Glasunowski den Schluss, dass die Syphilisinfection vorzugsweise auf extragenitalem Wege zu Stande kommt. Dieses ist daraus ersichtlich, dass beinahe die Hälfte der syphilitischen

Kranken, und zwar 1361 von 3012 Patienten, recente Syphilide und entwickelte Schleimhautpapeln der Mundhöhle hatten. Darunter waren auch Kinder (im Alter von einem bis zehn Jahren) mit ähnlichen Affectionen des Mundes und zwar 331 Knaben und 332 Mädchen. — **Glück.** Syphilis in Bosnien und Herzegowina. (Wiener med. Presse Nr. 27 und 28, 1888). Glück beobachtete Fälle von extragenitaler Syphilisinfection in Bosnien und Herzegowina: Schanker in Folge Rasirens der Kopfhaare; ferner bei einem Schüler, der in der Schule neben einem Syphilitiker sass, in Folge von Kauen an einem Bleistifte, welcher von seinem Nachbar ebenfalls gebraucht wurde. Ausserdem erwähnt Verfasser noch einen Fall von hartem Schanker auf der rechten Tonsille bei einer Frau von einundzwanzig Jahren, den sie, nach Glück, durch einen Kuss erhalten hatte. — **Graarund.** 3 Tilfaelde of syfilitisk Infection gjennem Tonsillen. (Tidsskrift for praktisk Medicin 1886, Nr. 20. Ref. in Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887, pag. 385.) Drei Fälle von Infection per fauces in einer norwegischen Bauernfamilie, in welche harte Schanker der Tonsillen beim Vater (achtzig Jahre alt), bei der Tochter (fünfunddreissig Jahre alt) und bei dem Sohne (vierundzwanzig Jahre alt) sich entwickelten. Als Infectionsursache: gemeinsames Zusammenleben und gemeinschaftliche Mahlzeit. — **Gredinger.** Bericht über die syphilitische Abtheilung des Hospitales zu Alexandershöh. Dissert. Riga 1885. Drei Fälle von extragenitaler Syphilisinfection: zwei auf den Lippen und eine am Finger, unter 231 Kranken des Riga'schen Hospitales. (Cit. nach Dr. O. W. Petersen.) — **Griffitte.** Syphilitic lesions of the eylids. (Med. Chron. pag. 193. Ref. in Ophthalm. Review, pag. 297 und im Jahresber. f. Ophthalmol. XVII. pag. 250 und 441, 1886.) Einundzwanzig Fälle von Erkrankungen der Augenlider, von denen in neun Fällen primäre Sklerosen der Augenlieder mit nachfolgenden Syphiliden vorhanden waren. — **Grigorow** S. W. Harter Schanker der Tonsille. (Protokolle der Conferenz der Aerzte des Mjasnitzky'schen Krankenhauses in Moskau. October 1880. Russisch.) Grigorow demonstrirte eine Patientin, eine Wärterin, achtundzwanzig Jahre alt, mit einem harten Schanker der rechten Tonsille und Syphilis cutanea papulosa. — **Gondouin.** Chancre de l'amygdale; syphilis transmise d'un nourisson à sa nourrice. (L'union méd. 1869, pag. 553—556. Cit. bei Szadek, Syphilis des Rachens.) Verfasser beschreibt einen Fall, in welchem eine Amme, welche ein syphilitisches Kind stillte, dennoch per os inficirt wurde, und zwar durch den Saugpfropf, und einen harten Schanker im Rachen bekam. — **Guignard.** Chancres syphilitiques extra-génitaux. Paris. Thèse 1882.

Hamande. Chancre infectant de la paupière inférieure, accidents syphilitiques sécondaires. (Arch. méd. Belge. Bruxelles. 3 S., V., XV., pag. 199, 1879.) Ein Fall von syphilitischem Schanker des unteren Augenlides mit nachfolgenden syphilitischen Erscheinungen. — **Hardy.** Eruption syphilitique en forme rare, consécutive à un chancre amygdalien. (Gaz. des hôpit. 1878, Nr. 105, pag. 833—835. Cit. bei Szadek, Schanker des Rachens, pag. 11.) Ein Fall von hartem Schanker der rechten Tonsille bei einem fünfunddreissig Jahre alten Manne, wahrscheinlich inficirt durch die Katheterisation der Tuba Eustachii. — **Haslinger A.** Ten cases of extragenital chancre. (Med. Times and Gaz. 1884.) — **Haslund.** (Tidsskrift for praktisk Medicin 1885. Hospitalstidende 1885. Ref. in Monatsh. f. prakt. Derm. 1885, pag. 456.) Vier Fälle von hartem Schanker des Rachens und zwar: 1. Bei einer zwanzig Jahre alten Virgo geschah die Infection in Folge des Gebrauches von einer gemeinschaftlichen Zahnbürste; 2. Schanker der Tonsille bei einem jungen verheirateten Arbeiter. Infection in Folge eines energischen Kusses. 3. Ebenfalls bei einem jungen verheirateten Individuum. Aetiologie dunkel. 4. Bei einer vierzig Jahre alten

verheirateten Frau. Infection geschah durch ein hereditär syphilitisches Kind. — **Henry.** Ueber inficirenden Schanker an den Lippen. (Amer. Journ. of Syph. and Derm. Octob. 1874, vol. V. Ref. in Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1876, pag. 113.) Vier Fälle von extragenitalem harten Schanker, von denen zwei sich auf der Unterlippe, der dritte auf der Wange, in Folge eines Bisses und der vierte auf dem Handrücken, aus unbekannter Ursache, sich entwickelten. — **Hérard.** Infection syphilitique par le mamellon, observée chez un homme. (Ann. de derm. et de syph. 1887, pag. 36.) Ein Fall von hartem Schanker der Brustwarze bei einem 63 Jahre alten Manne in Folge des von einer Frau an ihm ausgeübten Saugens des Penis und der Papilla mammalis; die Infection geschah durch die Brustwarze und war ihrer Zeit von einer Roseola syphilitica gefolgt. — **Hermet.** Chancre induré de l'oreille. (Ann. de derm. et de syph. 1886, Nr. 2, pag. 87.) Ein Fall von Sklerose bei einer zweiundvierzig Jahre alten Frau in der Plica auriculo-mastoidea in Form eines ovalen (Durchmesser 5 Ctm.) Geschwüres mit callösen Rändern, welche von einer Adenitis cervicalis der entsprechenden Seite mit nachfolgendem Syphilid des ganzen Körpers begleitet war. — **Herzenstein** G. M. Syphilis in Russland. Bd. I, pag. 456. St. Petersburg 1885. (Russisch.) Verfasser beobachtete im Laufe des ersten Jahres in drei Familien eine Syphilisinfection der Säuglinge durch Ammen. In demselben Werke sind ausserdem noch viele Autoren citirt, welche die, besonders unter den Landbewohnern verschiedener Ortschaften Russlands häufige extragenitale Syphilisinfection beobachtet haben. — **Holmes.** Chancre of eylids. (Journ. of the Amer. Med. Associat. 1887, April 23. Cit. bei Alexander, pag. 7.) Ein Fall, in welchem ein Mann mit einer Brandwunde am oberen Augenlide auf unbekanntem Wege syphilitisch inficirt wurde, wobei der Schanker sich auf der Brandstelle localisirte und von nachfolgender Syphilis begleitet wurde. — **Homolle.** (Dict. de méd. prat., Paris 1883.) Im Abschnitte „Syphilis" wird der Fall von Nettleship genannt, in welchem ein primäres syphilitisches Geschwür sich auf der Schleimhaut der Nase befand. — **Hue.** (La France méd. 1883, pag. 752, 31. Mai. Ref. in Ann. de derm. et de syph. 1884, pag. 57.) Ein Fall von Infection per os, wobei bei einem Manne ein Ulcus durum auf der rechten Tonsille entstand und von Anschwellung der Submaxillardrüsen und nachfolgendem Syphilid begleitet war. — **Hulot** Alb. Quelques observations de chancres extragénitaux. (Ann. de derm. et de syph. 1877/78, vol. X, Nr. 1, pag. 29—56.) Neunzehn Fälle von extragenitaler Syphilisinfection, wobei Sklerosen auf den Tonsillen, dem oberen Augenlide, der Nasenspitze, den Nasenflügeln, der Wange, dem Kinne, dem Halse, dem Nacken, über dem Proc. mastoideus bei einem Kinde, an der Basis des Tragus, an der Brustdrüse bei einer Amme, auf dem Abdomen, am Nabel, an den Fingern wahrscheinlich in Folge von Uebertragung von den Geschlechtstheilen, und am linken Trochanter beobachtet wurden. — **Hutchinson** J. Syphilis. With 8 Chromo-Lithographs. London 1887. Verfasser erwähnt in seinem Lehrbuche einige Fälle von extragenitalem harten Schanker, und zwar: Vier Fälle an den Fingern (Tab. II), am Augenlide (Tab. II, Fig. 5), auf der Schultergegend bei einem Kinde in Folge von einem Syphilitiker angeimpften Pocken (Tab. III, Fig. 1 und 3) und ein Schanker der Zunge (Tab. IV, Fig. 1).

Jelzina S. Aus den Beobachtungen über die Verbreitung der Syphilis unter der Landbevölkerung. (Wratsch 1882, Nr. 50 bis 52. Russisch.) — **Jelzina** S. Ueber die Verbreitung der Syphilis unter den Frauen und Kindern auf den Dörfern. (Wratsch 1884, Nr. 8 und 9. Russisch.) Aus seinen Beobachtungen unter der Bevölkerung des Krapiwin'schen Kreises (Gouvernement Tula) schliesst Verfasser,

gleich vielen Landärzten, dass die Verbreitung der Syphilis unter den Dorfbewohnern vorzugsweise auf extragenitalem Wege geschieht. So z. B. von 55 syphilitischen Frauen waren nur 2 inficirt per coitum, 2 hereditär, 2 in Folge des Stillens und 45 in Folge des Zusammenlebens. — **Jelzina** S. J. demonstrirte in der russischen syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft in St. Petersburg, in der Sitzung vom 28. Jänner 1889, ein dreizehn Monate altes Kind mit primärer syphilitischer Induration am Finger. Nach der Infection erfolgte ein Hautsyphilid. — **Josias** Albert. Transmission de la syphilis par le tatuage. (Le progrès méd. 1877.) — **Jullien** Louis. Traité pratique des maladies vénériennes. (2 éd. 1886, pag. 528 et seq.) Die Statistik der Fälle von extragenitaler Syphilisinfection anführend, erwähnt Verfasser einen Fall, in welchem bei einem Kranken ein Schanker auf dem Nasenrücken, ein zweiter auf der Nasenspitze und ein dritter auf dem Penis sich befanden (pag. 231). Der Fall ist illustrirt. — Ausserdem bringt Verfasser noch einige Abbildungen von extragenitalem Schanker, theils direct nach der Natur, theils nach Abgüssen verfertigt.

Kaposi M., Prof. Pathologie und Therapie der Syphilis, 1881, pag. 61 und: Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. (Atlas, I. Lief., pag. 52.) Verfasser bringt einige Fälle von extragenitalem harten Schanker: auf dem Kopfe, auf der Brustwarze bei einer Frau, auf den Lippen, auf den Wangen, auf dem Kinn und auf der Zunge. — **Kapustin,** Dr. (Arbeiten des II. Gouvernements-Congresses der Kursk'schen Landschaft. Lief. I, Kursk 1884. Russisch.) Kapustin betont unter Anderem, dass der grösste Procentsatz von (extragenitaler) Syphilis auf Kinder von ein bis zehn Jahren fällt und = 23 Procent ist. (Cit. bei Herzenstein, Syphilis in Russland, Lief. I, pag. 162.) — **Knight** Ch. Two cases chancre of tonsil. (Boston Med. and Surg. Journ. CX, pag. 537. — H. New-York med. Journ. 14. Jänner 1884. Ref. in Ann. de derm. et de syph. 1885, pag 116.) Ein Fall von hartem Schanker der Tonsille bei einer achtundzwanzigjährigen verheirateten Frau, die sich derart inficirte, dass sie sich die Zähne mit einem und demselben Zahnpulver, welches auch einer ihrer Neffen, ein Syphilitiker, zu demselben Zwecke gebrauchte, putzte. — **Kobylin** W. Bericht des Ambulatoriums des Kalinkin-Krankenhauses für das Jahr 1880. (Westnik Sudebnoj Mediciny i Obtschestwennoj Hygieny 1882, pag. 79—106. Russisch.) Kobylin beobachtete unter 77 ambulatorischen syphilitischen Patientinnen 6 Fälle von Ulcus durum auf den Brustwarzen. — **Koch.** Eine syphilitische Infection durch Stich mit einem Reissnagel. (Wiener med. Blätter 1887, Nr. 52. Ref. in der Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1888, pag. 838.) Beschreibung eines Falles, in welchem bei einem Manne die syphilitische Infection in Folge eines Stiches in die Spitze eines Fingers der rechten Hand mit einem Reissnagel, der vordem im Munde eines Syphilitikers gewesen war, geschah. Es bildete sich am Finger ein Geschwür, welches von einer Adenitis cubitalis und axillaris und nachfolgendem Syphilid begleitet war. — **Kolokolow** W. Zwei Fälle von extragenitaler Syphilisinfection. (Medicinskoje Obosrenije 1888, pag. 700. — Russisch.) Ein Fall von hartem Schanker der Oberlippe bei einem vierundzwanzig Jahre alten Manne, der, in der Familie lebend, eine zu derselben gehörende Frau inficirte, welche ihrerseits eine Sklerose der Unterlippe davontrug. — **Kolomensky** A. Ein Fall von hartem Schanker der Zunge. (Protokolle der Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau 1888. Sitzung vom 26. Februar Russisch.) Kolomensky demonstrirte einen siebenundzwanzig Jahre alten Kranken, welcher einen Ulcus durum linguae und Syphilis cutanea papulosa hatte. — **Koltschewsky** K. Ein Fall von

primärer syphilitischer Sklerose am Kinn. (Wratsch 1883, Nr. 45. — Russisch.) Ein Fall von hartem Schanker am Kinn bei einem Manne, inficirt beim Rasiren. — **Krelling** M. Zwei Fälle von extragenitaler Localisation der Primäraffection. (Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1888. 1. Heft, pag. 9—17.) Bericht über zwei Fälle von extragenitaler Sklerose aus der Poliklinik des Dr. Lesser in Leipzig: 1. Sklerose am inneren Augenwinkel bei einem neunzehn Jahre alten Arbeiter und 2. am rechten Nasenflügel bei einer fünfunddreissig Jahre alten Frau.

Lancereaux. Die Lehre von der Syphilis. (Russ. Uebers. 1877, pag. 92.) Ein Fall von hartem Schanker an der linken Fläche des Frenulum linguae und an der Uvula. Unter Anderem weist Lancereaux auf die Häufigkeit des Vorkommens von hartem Schanker in regione anali, wo sie gewöhnlich zwischen den Schleimhautfalten verborgen bleiben. — **Lancereaux.** Eruption pustulo-papuleuse syphilitique généralisée à la suite d'un cathétérisme de la trompe d'Eustache (Gaz. des hôpit., Nr. 21, 1886. Ref. von Prof. Stukowenkow in Medicina za 1886 god., pag. 953. — Russisch.) Ein Fall von Syphilisinfection in Folge der Catheterisation der Tuba Eustachii. — **Lang** Eduard. Prof. Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. (1. Hälfte 1884, pag. 200.) Einige Fälle von extragenitalen primären Sklerosen, darunter von einer der Lippen. — **Lanz** A. J. Ein Fall von primärer syphilitischer Affection der Zunge. (Mitth. in der Moskauer med. Ges. am 15. November 1886. Separat-Abdruck. Russisch.) Lanz demonstrirt einen siebzehn Jahre alten Mann mit einem harten Schanker am vorderen Rand der Zunge. Der Schanker war von einer Anschwellung der Submaxillar- und Cervicaldrüsen und einer Roseola syphilitica begleitet. Die Infection hatte in eigener Familie durch den Gebrauch eines gemeinschaftlichen Tischgeschirres stattgefunden. — **Laurent** E. Chancre extra-génital siégeant à la racine du nez. (Gaz. méd. de Paris, 17. décembre 1887. Ref. in Ann. de derm. et de syph. 1888, pag. 596.) Ein Fall von hartem Schanker der Nase bei einem Arrestanten. Die Localaffection erschien zwei Monate vor dem Auftreten von Hautsyphilid. — **Lavergne** F. et **Perrin** L. Contribution à l'étude des chancres extra-génitaux. (Ann. du derm. et de syph. II. Serie, pag. 332—341 und 380—390. Juin et Juillet 1884.) 27 Fälle von extragenitalem syphilitischen Schanker, von denen die Mehrzahl (10 Fälle) auf die Lippen kam. — **Legendre.** Contribution au diagnostic du chancre syphilitique de l'amygdale. (Arch. gén. de méd. 1884. Janvier, pag. 53—78 et Mai, pag. 292—307.) Zwei Fälle von primären Sklerosen der Tonsillen mit besonderer Berücksichtigung deren Diagnose. Es werden noch zehn Fälle von Brouardel, Diday u. A. angeführt. — **Leloir** H. Prof. Leçons sur la syphilis. (Paris 1886.) Verfasser bringt in seinen Vorlesungen zahlreiche Fälle von Syphilisinfection auf extragenitalem Wege, wobei er besonders die Aufmerksamkeit auf die Uebertragung von Syphilis durch Küsse syphilitischer Subjecte lenkt, deren Mund einen Herd der Infection, deren Symptome nicht immer bemerkt werden können, darstellt. Unter Anderem erwähnt Leloir Fälle von extragenitaler Syphilisinfection aus eigener Praxis; z. B. Infection des Augenlides in Folge des Reibens desselben mit einem mit Genitaliensecret einer syphilitischen Frau beschmierten Handschuh, den Patient während seinen Manipulationen mit der Dame anhatte. In einem anderen Falle entstand ein sklerotischer Schanker bei einem Manne in Folge des Abwischens des Gesichtes mit dem Taschentuch einer syphilitischen Person. Ferner — auf den Lippen in Folge von Gebrauch eines und desselben Leimes mit einem syphilitischen Comptoiristen. Es entstand eine Syphilisinfection eines Kindes durch ein Confect, es erschien ein harter Schanker an den Lippen. Ausserdem wurden

noch harte Schanker beobachtet in Folge von Plombiren und Abputzen der Zähne, in Folge von Cauterisation mit einem Lapisstifte u. s. w. — **Lemonnier.** Syphilis communiquée, il y a treize mois, par un nourisson à une femme de 54 ans. Pas de traitement. Communication de la syphilis de cette femme à son mari, il y a trois mois. (Ann. de derm. et de syph. 1886. Nr. 10, pag. 598.) Ein Fall von Syphilisinfection einer Amme durch ein syphilitisches Kind, welche letztere, ohne Behandlung geblieben, ihrem Manne per coitum Syphilis übertragen hatte. — **Lesage** E. Chancre par morsure. (Paris, Thèse 1886.) Verfasser beobachtete in der Klinik von Prof. Fournier drei Fälle von hartem Schanker in Folge von Bissen in die Wange, den Daumen und die Ohrmuschel. Es erfolgten Erscheinungen von Syphilis. — **Lesser** E. Primäraffect am inneren Winkel des rechten Auges. (Geschlechtskrankheiten, 3. Aufl. Russ. Uebers. von Dr. A. Lanz. 1889, pag. 89, Fig. 3.) Lesser bringt eine Abbildung eines Kranken, welcher an einer primären Sklerose am inneren Winkel des rechten Auges und classischer Anschwellung der Submaxillardrüsen leidet. — **Letnik** L. M. Ein Fall von syphilitischem Schanker der Tonsille. (Wratsch 1881, Nr. 2. Russisch.) Ein Fall von Syphilisinfection per os bei einem Polizeibeamten von achtundzwanzig Jahren, welcher zusammen mit einem Syphilitiker wohnte. Patient hatte den harten Schanker localisirt auf der linken Tonsille; derselbe war begleitet von einer Adenitis submaxillaris und cervicalis und nachfolgender Roseola syphilitica. — **Lubinsky.** Inficirender Schanker des Augenlides. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. April 1878, pag. 166.) Ein Fall von primärem syphilitischen Schanker des linken Augenwinkels, worauf nach Verlauf von 37 Tagen secundäre Erscheinungen der Syphilis auftraten. — **Lubinsky** A. Primäres syphilitisches Geschwür des linken oberen Augenlides. (Medicinskoje priloschenije k Morskommu Sborniku 1880, Bd. XX. Russisch.) Als einen seltenen Fall beschreibt Lubinsky einen harten Schanker des Augenlides mit nachfolgender Adenitis cervicalis und Roseola syphilitica.

Mackenzie Morell. Die Krankheiten des Halses und der Nase. (Deutsch unter Mitwirkung des Verfassers herausgegeben und mit zahlreichen Zusätzen versehen von Dr. F. Semon, I. Bd., pag. 112 und ff. Berlin 1880.) Im Abschnitte „Syphilis des Rachens" bringt Verfasser aus seiner Praxis sieben Fälle von primären syphilitischen Papeln des Rachens, wobei harte Schanker der Tonsillen bei sechs Frauen und einem Manne beobachtet waren. Nach Mackenzie localisiren sich die harten Schanker fast ausschliesslich auf den Tonsillen. Nach statistischen Daten des Hospital for Diseases of the Throat in London kommt auf 1145 Fälle von Affection des Rachens, der Kehle und der Trachea nur 1 Fall von primärer Affection des Pharynx, welcher bei einer Frau beobachtet wurde. — **Malm** O. Bidrag til Tonsillenchankerens Historic. (Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1888. — Ref. in Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887, pag. 385.) Malm beschreibt zwei Fälle von primären Sklerosen der Tonsillen und erwähnt noch sieben ähnliche Fälle der französischen Autoren und drei Fälle Inell's — **Margoniner** J. Beiträge zu den Primäraffecten der Syphilis. (Monatsh. f. prakt. Derm. 1887, pag. 492—499.) Aus der Klinik des Dr. Rosenthal in Berlin werden zwei Fälle extragenitaler Sklerosen beschrieben, von denen der eine bei einer einundzwanzig Jahre alten Frau auf der Schleimhaut der Oberlippe, der andere bei einem fünfundvierzig Jahre alten Mann am harten Gaumen beobachtet wurden. — **Mason.** Ueber inficirenden Schanker an den Lippen und anderen ungewöhnlichen Punkten. (Thomas-Hosp. Rep., Bd. 4, 1874. Ref. in Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1876, pag. 113.) Sammlung von

Fällen, welche in England im Laufe von zwanzig Jahren zur Beobachtung kamen und Beschreibung von nur 35 davon, darunter zum Theil aus Mason's eigener Praxis. Als Ursachen der extragenitalen Syphilisinfection fungirten: Cigarrenrauchen, Katheterisation der Tuba Eustachii, Aussaugen von Wunden, Husten-Pastillen u. dgl. — **Maury** und **Dulles.** Syphilisinfection durch das Tättowiren. (The Lancet, vol. 4, 12, 1878. — Ref. in Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1879, pag. 480.) 14 Fälle von Syphilisinfection in Folge des Tättowirens mittelst einer Nadel, welche der Tättowirer mit Speichel benetzte, womit er gleichfalls seine Farben und Tinte löste. — **Meighan.** Notes on syphilitic eye affection. (Med. Times and Gaz. 1885, I, pag. 5.) Ein Fall von primärer Sklerose des linken unteren Augenlides bei einer Kranken, die sich durch den von einer syphilitischen Frau besorgten Augenverband inficirte. — **Mencault J.** Chancre syphilitique inguinal. Phagédenisme. (Ann. de derm. et de syph. 1886, Nr. 8, pag. 420.) Ein Fall von hartem Schanker in der Leistengegend bei einem achtundzwanzig Jahre alten Manne, complicirt durch Phagedänismus. — **Meric** Victor de. (Brit. Med. Journ. 1874, Jan. 24. — Cit. bei Szadek, Schanker des Rachens, pag. 9.) Ein Fall von primärer Sklerose der linken Tonsille mit nachfolgenden syphilitischen Erscheinungen bei einem verheirateten Manne in Folge von pervertirtem Coitus. — **Merklen P.** Chancre de l'amygdale ayant simulé un épithelioma chez une femme de 64 ans. (Ann. de derm. et de syph. 1881, pag. 673—676.) Ein Fall von hartem Schanker der linken Tonsille bei einer alten Journalistin von vierundsechzig Jahren. Es folgte Adenitis submaxillaris der entsprechenden Seite und ein papulöses Syphilid des Handtellers und des Abdomen. — **Mitschel H.** Hunter'scher Schanker der Wange. (The Lancet, 26 Mars, 1887, pag. 622.) — **Moffet-Grenvill.** Communication of syphilis by Tattooing. (Lancet II, 910, 1887. Ref. in Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1888, vol. VI., Whole Nr. 72.) Drei Fälle von Syphilisinfection in Folge des Tättowirens der Haut. In Moffet-Grenvill's Falle geschah die Infection durch die Nadel, mit welcher vorher ein Syphilitiker tättowirt wurde; im zweiten Falle, von Parker in Folge von Benetzen der Nadel mit dem Speichel des Tättowirers, eines Syphilitikers; im dritten Falle, von Dr. Carlton, geschah die Syphilisinfection gleichfalls durch eine Nadel, die mit dem Speichel eines Syphilitikers der gummösen Periode benetzt war. Der letzte Fall spricht für die Contagiosität des Speichels der gummösen Periode. — **Morel-Lavallée A.** Chancre syphilitique du sourcil. (Ann. de derm. et de syph. 1886, Nr. 2, pag. 85.) Ein Fall von hartem Schanker der Augenbrauen bei einem zweiundvierzig Jahre alten Manne als Resultat eines Bisses von einem Syphilitiker während eines Streites. — **Morel-Lavallée A.** Deux observations de chancres extragenitaux. (Ann. de derm. et de syph. 1887, Nr. 11.) Zwei Fälle von extragenitaler Syphilisinfection, von denen in einem Falle der Schanker sich auf der Schleimhaut des rechten Nasenloches bei einem neununddreissig Jahre alten Manne befand, und von einer starken Anschwellung der rechten Submaxillardrüsen begleitet war. Im zweiten Falle handelte es sich um eine vierundzwanzig Jahre alte Frau, bei welcher harte Schanker auf den Lippen waren. In beiden Fällen erfolgten Hautsyphilide. — **Morel-Lavallée A.** Relevé des chancres extragenitaux. (Ann. de derm. et de syph. 1888, vol. IX, Nr. 6, Juin, pag. 375—382.) Aus der Klinik des Prof. Fournier theilt Verfasser 45 Fälle von primären extragenitalen Syphilomen mit, welche bei den Patienten in der Zeit vom 1. Februar 1887 bis 1. Februar 1888 zur Beobachtung kamen. Die Fälle wurden von den DDr. Morin und Hudels gesammelt. Schanker wurde beobachtet: in 15 Fällen an den Lippen, in 6 Fällen am Kinn, in 2 Fällen

an der Zungenspitze, in 2 Fällen auf den Augen, in 2 Fällen auf den Wangen, in 2 Fällen auf der Nase, in 1 Fall auf der Tonsille; ferner: 3 auf der Brust, 2 am After, 2 auf dem Abdomen, 1 auf der Innenfläche des Oberschenkels, 3 an Händen und Fingern und 2 am Halse. Unter Anderem bringt Morel-Lavallée eine Beobachtung von Dr. Calmetter, in welcher bei einem achtzehn Jahre alten Manne die Syphilisinfection durch die rechte Tonsille erfolgte, in Folge des Benagens, zusammen mit einigen Anderen, eines „gemeinsamen" Bleistiftes. — **Mortallier.** Lancereaux. Die Lehre von der Syphilis. (Russ. Uebers. 1877, pag. 92.) Veröffentlichte drei Fälle von hartem Schanker der Tonsillen. — **Moty.** Chancre induré du grand angle de l'oeil. (Ann. d'oculistique, vol. XXIV, pag. 233. Cit. bei Alexander, Syphilis und Auge, pag. 21.) — **Moure.** Sur le chancre induré de la fosse nasale. (Revue de laryngologie, 1. Juillet 1887. Ref. in Ann. de derm. et de syph. 1888, pag. 596.) Ein Fall von hartem Schanker der Nasenscheidewand, begleitet von charakteristischer Adenitis submaxillaris. Nach der Annahme Moure's geschah die Infection durch den Finger. — **Mraček.** Ueber die an den Lippen vorkommenden Primäraffecte. (Wiener med. Wochenschr. 1879, Nr. 18.) Einige Fälle von hartem Schanker an den Lippen, aus der Klinik des Prof. J. v. Sigmund. — **Mraček.** Die syphilitische Primärsklerose ausserhalb der Genitalsphäre. (Wiener med. Presse 1880, Nr. 1—5.) Statistische Daten aus der Poliklinik des Prof. v. Sigmund, deren reichhaltiges Material viel Interessantes bietet. Primäre extragenitale Sklerosen waren beobachtet: auf dem Abdomen, den Pubes, den Mundwinkeln, der Radialgegend, der Mastoidealgegend, der Zunge, dem Handrücken, den Lippen, dem Gesäss, dem Oberschenkel, der Cruro-inguinal-Falte, den Fingern u. s. w. — **Mraček.** (Allg. Wiener med. Ztg., 1879, Nr. 43, pag. 472.) Mraček demonstrirte in einer Sitzung der Gesellschaft der Wiener Aerzte einen Patienten mit einem harten Schanker unter dem rechten Ohr. Die Infection enstand in Folge eines Kusses einer syphilitischen Frau und war von papulösem Syphilid begleitet. — **Multanowsky.** Syphilisinfection in Folge der Beschneidung. (Medycyna 1880, Nr. 26. Ref. in Wratsch, Nr. 32.) Verfasser beobachtete bei acht jüdischen Kindern die Syphilisinfection in Folge des Aussaugens von Blut aus der Haut des Penis nach geschehener Beschneidung. — **Mursin** L. N. demonstrirte in der Gesellschaft der russischen Aerzte in Moskau, in der Sitzung vom 10. Februar 1889, zwei Fälle von hartem Schanker der Augenlider, von denen in einem Falle der ätiologische Moment unbekannt blieb, im anderen aber die Infection in Folge der Behandlung eines Hordeolum durch Anspeien des Auges erfolgte.

Neumann I. Prof. Zur Häufigkeit und zum Sitz der syphilitischen Initialsklerose. (Allg. Wiener med. Zeitung 1883, Nr. 28, pag. 297.) Auf die Wichtigkeit der Diagnose der primären extragenitalen Sklerosen hinweisend, bringt Neumann zwei Fälle, in welchen solche auf den Lippen vorhanden waren, und einen Fall von primärer Sklerose in recto bei einer zweiundzwanzig Jahre alten Magd. — **Neumann** I. Prof. Atlas der Hautkrankheiten. 72 Tafeln in Chromolithographie ausgeführt von Dr. J. Heitzmann. IV. Lief., Taf. 55, 1885. — Ein Fall von Sklerose der Oberlippe bei einer Frau mit nachfolgendem pustulösen Hautsyphilid. — **Newsky** A. Harter Schanker der Zunge. (Medicinskoje Obosrenie 1884, Nr. 24. Russisch.) Ein Fall von primärer Sklerose der Zunge bei einer Magd im Wirthshause. Die Magd, eine Virgo intacta, hat sich wahrscheinlich durch das Tischgeschirr inficirt. — **Nièce** Ch. Chancre induré du coude. (Ann. de derm. et de syph. 1886, Nr. 4, pag. 225.) Ein Fall von hartem Schanker des Ellbogens in Folge von Eindringen des syphi-

litischen Contagium in einen bereits vorhanden gewesenen Hautriss am Ellbogen. — **Nivet** X. De la fréquence relative des différentes variétés de chancres syphilitiques extra-génitaux. Thèse, Paris 1887. Verfasser bringt eine beträchtliche Casuistik (595 Fälle) von extragenitalen Schankern, deren Mehrzahl nach Prof. Fournier's Privataufzeichnungen gesammelt ist. Einen anderen Theil davon hat Verfasser selbst im Hôpital St. Louis beobachtet. Aus der von Nivet angeführten Statistik ist ersichtlich, dass extragenitale syphilitische Schanker am häufigsten am Kopfe beobachtet wurden, dann am Rumpf, an den Extremitäten und am Halse. Das Verhältniss der Schanker des Kopfes (chancres céphaliques) zu denen der übrigen Körpertheile war = 338 : 75. — Die Schanker der extragenitalen Theile der Häufigkeit und dem Orte nach waren beobachtet: auf den Lippen, am After und in demselben, an der Zunge, der Brust, den Fingern, dem Kinn, den Tonsillen, dem Abdomen, den Augen, den Augenlidern, den Oberschenkeln, den Wangen, der Nase, dem Halse, dem Zahnfleische, den Händen, den Ohren, dem Gaumen, dem Gesäss, dem Gesicht im Allgemeinen, der Schläfe, der Stirn, dem Ellbogen, der Schulter, über dem Sterno-clavicular-Gelenk, dem Vorderarm, in pharynge, den Malleolen, dem Schlüsselbein u. s. w.

Ohmann-Dumesnil. Ueber doppelte Primärsyphilide à distance. (Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 18.) Zwei Fälle von hartem Schanker der Lippen bei Patienten, welche gleichzeitig harte Schanker am Penis hatten.

Pelizzari Celso. Della transmissione accidentale della syphilide. Milano 1882. (Cit. nach S. Baum.) Verfasser erwähnt unter anderen einige Fälle von primären Sklerosen an den Wangen und am Kinn, wahrscheinlich in Folge von Bisswunden entstanden. — **Petersen** O. W. Zur Frage über die extragenitale Infection. Ein Fall von hartem Schanker der Tonsille. (Wratsch 1886, Sep.-Abdr. Russisch.) Verfasser hat im Laufe von sieben Jahren (1878—1884), als Chefarzt der syphilitischen Abtheilung des Alexander-Krankenhauses in St. Petersburg fungirend, unter 1208 Kranken mit recenter Syphilis bei 23 extragenitale Syphilisinfection beobachtet, was 1·9% ausmacht. Petersen bringt einen Fall von hartem Schanker der rechten Tonsille bei einem vierunddreissig Jahre alten Kaufmann, mit nachfolgenden Erscheinungen von syphilitischer Infection. — **Petersen** O. Ueber extragenitale Syphilisinfection. Ein Fall von Ulcus induratum der Tonsille. Vortrag, gehalten in der Russischen Syphilidologischen Gesellschaft in Petersburg. (Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 7, pag. 307—318.) Verfasser bringt die von ihm 1886 (cf. oben) veröffentlichten Daten, betreffend die extragenitale Infection und fügt der Arbeit ein einschlägiges Literaturverzeichniss, bis 1888 reichend, an. — **Pfluger**. Ulcus induratum der Lidränder. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde 1876. — Ref. in Vierteljahresschr. f. Derm. und Syph., pag. 638.) Ein Fall von Erkrankung beider Augenlider des linken Auges bei einem zweiundsiebzig Jahre alten Manne. — Pfluger hat auch einen Fall von Sklerose beider Augenlider am rechten Auge bei einer neunundfünfzig Jahre alten Frau beschrieben. (Augenklinik in Bern, Bericht f. d. J. 1877.) — **Pirandran.** De la syphilis des amygdales. (Thèse de Paris 1884.) — **Plitanus.** (Medicinsky Westnik 1873, Nr. 19. Russisch.) Während der Jahre 1870—1873 hat Verfasser im Krankenhause der Gesellschaft zur Kreuzerhöhung in St. Petersburg dreizehn Fälle von syphilitischem Schanker der Brust beobachtet, welche in Folge des Stillens syphilitischer Säuglinge aus dem Findelhause entstanden. — **Plumert.** Einige Fälle von abnormem Sitz der primären Affection bei Syphilis. (Wiener allg. med. Zeitung 1879, Nr. 49—51.) Verfasser, Assistenzarzt am Prager

Klinikum, beschreibt einige Fälle von extragenitalen Sklerosen, von denen vier auf den Brustdrüsen bei Ammen (zwei davon waren in der gummösen Periode), und vier auf den Lippen sich befanden. Einige von den letzteren entstanden in Folge von gemeinschaftlichem Gebrauch von Tischgeräthen mit Syphilitikern, andere in Folge von Berührung mit den Geschlechtstheilen Prostituirter. Ausserdem wurden Sklerosen unter der Clavicula und auf den Fingern beobachtet. — **Plumert.** Syphilitische Primäraffection an der rechten Brustwarze, papulo-maculöses Syphilid, Zerfall eines Gumma am weichen Gaumen. (Allg. Wiener med. Centr.-Ztg. 1880, Nr. 4.) Ein Fall von Sklerose an der Brustwarze bei einer sechsunddreissig Jahre alten verheirateten Frau, in Folge des Stillens eines fremden syphilitischen Kindes. Das Interesse des Falles liegt ausser der extragenitalen Syphilisinfection darin, dass die Kranke sich in der gummösen Periode befand und ein Ulcus durum mit nachfolgendem Syphilid recenten Charakters erhielt. — **Polotebnow** A. G. Prof. (Protokolle der Russisch. syphilid. und dermatol. Gesellschaft 1885. Sitzg. v. 30. Nov., pag. 27. Russisch.) Zwei Fälle von Syphilisinfection per os. In einem Falle war ein Knabe, wahrscheinlich durch das Trinken in der Schule, inficirt. Im anderen Falle localisirte sich der harte Schanker auf der rechten Tonsille bei einer erwachsenen Frau und war von Adenitis cervicalis und Roseola syphilitica begleitet. — **Poncet.** Un chancre de siège insolite. (Ann. de derm. et de syph. 1881, pag. 115—116.) Ein Fall von hartem Schanker der Nasenscheidewand des rechten Nasenloches bei einem jungen Mädchen, begleitet von rechtsseitiger Adenitis submaxillaris und allgemeinem papulösen Syphilid. — In der Sitzung der Lyoner Medicinischen Gesellschaft, wo Poncet die Kranke demonstrirte, erwähnte er noch einen Fall von hartem Schanker des Zahnfleisches. — **Popow.** Erster Versuch einer Erforschung über die Verbreitung der Syphilis im Kursk'schen Kreise nach dem Kartensystem, für das Jahr 1888. (Russisch). Im Gouvernement Kursk ist, nach Popow, die extragenitale Syphilisinfection = 85%, und im Gouvernement Wladimir = 91·3%, wobei im letzteren die Infection per os in 63·9%, durch das Stillen in 2·4% und hereditär in 7·7% war. — **Porai-Koschitza.** Mittelbare Syphilisinfection. (Sitzung der Medicinischen Gesellschaft in Charkow, 8. Februar 1875. — Ref. in Moskowskaja Medicinskaja Gazeta 1875, Nr. 8. Russisch.) Einige Fälle von Syphilisinfection in Folge von gemeinschaftlichem Gebrauch eines und desselben Fadenbündels, welchen die Kleiderarbeiter vor dem Einfädeln durch den Mund ziehen und mit Speichel benetzen. Es wurden dabei harte Schanker an den Lippen, begleitet von nachfolgenden Symptomen von Syphilis, beobachtet. — **Porai-Koschitza.** Eine Hausepidemie von Syphilis. (Sdorowje 1881, VII. Russisch.) Acht Fälle von Verbreitung von Syphilis in einer Familie, in welcher die Stubenmagd, die syphilitisch war, einen Säugling inficirte, welcher seinerseits die Mutter inficirte. Von der Mutter oder von der Magd wurden der Sohn und die Tochter per os inficirt; ferner wurde von der Magd ebenfalls per os der Hausknecht inficirt, bei welchem auf den Lippen sich ein Ulcus induratum befand. — **Pospelow** A. Harter Schanker der Zunge. (Protokolle der phys.-med. Gesellsch. an der Universität Moskau 1880, I. Hälfte. Russisch.) Verfasser demonstrirte einen achtundzwanzig Jahre alten Kranken, einen Schuhmacher seinem Gewerbe nach, welcher im Mjasnitzky'schen Krankenhause lag; Patient hatte ein Ulcus induratum linguae, Adenitis submaxillaris und ein recentes papulöses Hautsyphilid. — **Pospelow** A. (Protokolle der Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau, 4. April 1881. Russisch.) Verfasser demonstrirte einen Fall von hartem Schanker des Kinnes mit nachfolgendem Syphilid bei einer achtzehn Jahre alten Knopfarbeiterin, welche durch Küsse einer syphilitischen Freundin

luetisch inficirt wurde. — **Pospelow** A. (Protokolle der Conferenz der Aerzte des Mjasnitzky'schen Krankenhauses in Moskau 1878. Russisch.) Verfasser demonstrirt einen umfangreichen harten Schanker des Daumens bei einem fünfundvierzig Jahre alten Manne, welcher, eine Hautwunde am Finger habend, zum Zwecke eigener Excitation an den Geschlechtstheilen einer syphilitischen Frau manipulirte, und ein Ulcus durum des Fingers, eine Adenitis der Epitrochleardrüsen und ein nachfolgendes maculös-papulöses Syphilid davontrug. — **Pospelow** A. Zur Diagnostik der Syphilis der Ammen. (Arbeiten und Protokolle der Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau 1881. Russisch.) — **Protopopow** P. S. Ein Fall von hartem Schanker an der Oberlippe. (Wratsch 1880, Nr. 8. Russisch.) Verfasser erwähnt einen Fall von extragenitaler Syphilisinfection bei einem vierundzwanzig Jahre alten Manne, bei welchem ein stark schmerzendes, primäres syphilitisches Geschwür sich auf der Oberlippe localisirte und von Adenitis submaxillaris begleitet wurde. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst und das Auftreten von Symptomen der Syphilis bestätigten die Diagnose des Leidens.

Rabitsch. Ein Fall von Initialsyphilis einer Tonsille. (Berliner klin. Wochenschr. 1887, Nr. 17.) Ein Fall von primärem syphilitischen Geschwür der linken Tonsille bei einem zweiundvierzig Jahre alten Manne. Das Geschwür war von einer Adenitis submaxillaris der entsprechenden Seite und einem papulösen Syphilid am ganzen Körper begleitet. — **Reynold.** On case of syphilitic eruption with chancre on the tonsil. (Philadelphia Med. Times 1, III., 1888, Nr. 528. — Ref. in Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1888, 4. Heft, pag. 643.) Ein Fall von hartem Schanker der linken Tonsille bei einem Manne mit nachfolgendem Hautsyphilid. — **Richon.** Chancre induré de la paupière. (Cit. bei Alexander, pag. 21.) — **Rizat.** (Ann. de derm. et de syph. 1885, pag. 115.) Verfasser beobachtete im Hôpital du Midi harte Schanker bei einem Patienten, welcher je ein Geschwür auf jeder Tonsille hatte. (Mitgetheilt von P. Hammoc.) — **Robert.** Inoculations syphilitiques accidentellement produites par le tatouage. (Ann. de derm. et de syph. 1879, Nr. 5—6, pag. 417.) Verfasser beschreibt ausführlich drei Fälle von Infection mit hartem Schanker am Vorderarme der rechten Hand bei drei Männern, denen Syphilis durch einen syphilitischen Tättowirer eingeimpft wurde. Letzterer, mit umfangreichen Plaques muqueuses im Munde behaftet, löste die Farbe im Speichel und spie öfters auf die Zeichnung, um das Bild besser hervortreten zu lassen. Von Interesse ist das Factum, dass derselbe Tättowirer zu derselben Zeit noch fünf Mann tättowirte, welche nie an Syphilis litten, und die dabei nicht inficirt wurden. — **Rohé.** Zwei Fälle von Syphilisinfection auf ungewöhnlichem Wege. (Chicago Med. Journ. and Ex., July 1878. — Ref. in Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1879, pag. 653.) Aus der Casuistik Rohé's bringt Referent einen Fall, in welchem bei einer Kranken der harte Schanker der Zunge, wahrscheinlich in Folge einer Verletzung der letzteren mit einem Bleistifte, welcher vorher im Munde eines Syphilitikers gewesen war, entstanden war. — **Rollet.** Traité des maladies vénériennes, pag. 617, 1855. (Cit. bei Fournier 1881, pag. 43.) Verfasser erwähnt einen Fall, in welchem eine Frau, welche ein syphilitisches Kind pflegte, harte Schanker auf beiden Tonsillen bekam. — Auf pag. 695 sagt Rollet, dass er nach Veröffentlichung seiner Fälle im Jahre 1859 noch oftmals Gelegenheit hatte, Schanker im Rachen und auf den Tonsillen zu beobachten. — **Rollet.** Études cliniques sur le chancre produit par la contagion de la syphilis sécondaire. (Arch. gén. de méd. 1859, vol. I, pag. 399. — Fournier 1881, pag. 42.) Rollet citirt einen Fall von hartem Schanker der Lippen, entstanden in

Folge des Gebrauches eines Löffels beim Kosten der Speise, mit welchem vorher eine syphilitische Köchin die Speise kostete. In den letzten Jahren hat Fournier einen ganz ähnlichen Fall beobachtet.

Sabolotsky A. Harte Schanker des oberen Augenlides. (Medicinskoje Obosrenie 1884, pag. 466. Russisch.) Ein Fall von Syphilisinfection per coitum, in Folge dessen Patient einen Ulcus induratum penis erhielt. Darauf erschienen zwei sklerosirte Geschwüre des rechten Augenlides mit nachfolgendem papulösen Syphilid. — **Seweke** W. (Russkaja Medicina 1886, Nr. 42. Russisch.) Verfasser, Assistenzarzt von Prof. Tarnowsky, berichtet, dass in der Klinik des Prof. Tarnowsky zwei Fälle von hartem Schanker der Tonsillen beobachtet wurden, in welchen die Infection in Folge von Katheterisation der Tuba Eustachii erfolgte. — **Schiriajew** P. Harte Schanker der Tonsillen. (Protokoll der Conferenz der Aerzte des Mjasnitzky'schen Krankenhauses in Moskau 1879 und Medicinskoje Obosrenie 1880. Russisch.) Verfasser demonstrirte den Collegen einen Fall von hartem Schanker der linken Tonsille und beschrieb denselben mit zwei anderen Fällen aus seiner Privatpraxis im „Medicinskoje Obosrenie". — **Sherwell.** Double chancre of the nipple. (Journ. of cut. and gen.-urin. dis., vol. 5, Nr. 8, August 1887.) In einer Sitzung der New-Yorker Dermatological Society theilte Verfasser einen Fall von Syphilisinfection einer Amme durch ein sechs Monate altes, hereditär-syphilitisches Kind mit. Die Amme erhielt Schanker auf beiden Brustwarzen. — **Sigmund** J. v., Prof. Primär-syphilitische Geschwüre an minder gewöhnlichen Körpertheilen. (Wiener med. Wochenschr. 1852, Nr. 4.) Verfasser beobachtete primäre Sklerosen im Rectum bei Frauen in Folge des Hineinfliessens von infectiösem Eiter aus den Genitalien und in Folge von Coitus per anum. Ausserdem wurden primäre Sklerosen beobachtet: an den Oberschenkeln, den Glutäalfalten, den Unterschenkeln, zwischen den Zehen, am Arcus pubis, am Nabel, an den Fingern, dem Handteller, den Lippen, der Zunge, in der Axilla und zwischen den Brüsten. — **Sigmund** J. v., Prof. Syphilisansteckung ohne Beischlaf. (Wiener med. Wochenschr. 1854, Nr. 6.) Fünfzehn Fälle von hartem Schanker, acquirirt sine coitu, von denen eilf primäre Sklerosen an den Fingern waren, und je eine am Hinterkopfe, an den Brustwarzen, an der Schulter und an den grossen Schamlippen ihren Sitz hatten. — **Siredey.** Chancre syphilitique du sourcil. (Ann. de derm. et de syph. 1886, Nr. 2, pag. 85.) Ein Fall von hartem Schanker der Augenbraue, erhalten in Folge eines Risses während eines Streites. — **Snell.** Hard chancre of inner Canthus. (Transact. of the ophth. Society of Great-Britain and Ireland, Bd. III 1883. Cit. bei Alexander, Syphilis und Auge 1888.) Verfasser beobachtete ein sklerosirtes Geschwür am inneren Augenwinkel, welches die Caruncula und beide Lidränder einnahm, mit nachfolgender Roseola. Die Patientin, eine Wärterin, war durch ein syphilitisches Kind inficirt. — **Solomon.** (The Brit. Med. Journ. 1863. Cit. bei Prof. Lang, russische Uebersetzung, pag. 395.) Ein sechs Wochen altes Kind erhielt einen harten Schanker am Augenlide von seiner Tante, welche syphilitisch war. — **Speransky** N. S. Harter Schanker der Nase in Folge eines Bisses von einem Syphilitiker. (Russkaja Medicina 1888, Nr. 39. Russisch.) Ein Fall von Syphilisinfection in Folge eines Bisses in die Nase während eines Streites. Harte Schanker wurden von beiderseitigen Adenitiden der Parotiden, der Submental-, Submaxillar- und Cervicaldrüsen und einem stark ausgesprochenen papulös-pustulösen Syphilid — bei Abwesenheit von hartem Schanker an den Geschlechtstheilen — begleitet. — **Spillmann.** Contribution à l'étude du chancre buccal. (Revue méd. du l'Est, 15. Nov. 1878. Ref. in Ann de derm., T. X, Nr. 1, pag. 78—80.) Zwei Fälle von extragenitaler Syphilis-

infection: 1. Ein primäres syphilitisches Geschwür befand sich auf der rechten Tonsille bei einer 59 Jahre alten Frau, welche von einem Kinde inficirt war, dessen Saugpfropf sie in den Mund nahm, und 2. ein sklerosirter Schanker befand sich auf der Unterlippe eines 13½ Jahre alten Knaben eines Tapezierers, welcher sich durch Tapeziernägel inficirte. — **Ssabinin.** (Cit. bei Herzenstein, Syphilis in Russland, Bd. I, pag. 492. Russisch.) Verfasser, der 865 Fälle von Syphilisinfection gesammelt hat, meint, dass die Infection per os bei den Dorfbewohnern in Russland die allerhäufigste Infectionsart ist. — **Ssabinin.** (Cit. bei Beloussow. Arbeiten des II. Congresses russischer Aerzte 1887. Russisch.) Verfasser macht die Mittheilung, dass nach Angabe der Aerzte des Gouvernement Woronesch, von 865 Syphilitikern 201 per coitum, 219 hereditär und 445 in Folge des Zusammenlebens syphilitisch inficirt wurden. Es ist also die extragenitale Infection gleich 76·7 Procent der Fälle. — **Stedmann Bull.** (The Americ. Journ. of the Med. Sciences. October 1878. Ref. in Ann. de derm. et de syph. 1879, Nr. 9.) In seiner Arbeit über die Affection der Conjunctiva bei Syphilis erwähnt Verfasser unter Anderem einen Fall aus seinen eigenen Beobachtungen, in welchem eine primäre Sklerose auf der Conjunctiva in deren Cul-de-sac Platz fand. Eine Adenitis der Parotiden und der Submaxillardrüsen hält Verfasser für ein sicheres Zeichen für die Diagnose. — **Storges.** Ansteckung durch Syphilis in Folge eines Bisses in die Backe. (Ref. in der Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1884, pag. 586. Illustr. allgem. med. Central-Zeitung 1868—1872.) Ein Fall von hartem Schanker bei einem 78 Jahre alten Greise in Folge eines Bisses in die Backe von einem Syphilitiker. Der harte Schanker war von einer Adenitis submaxillaris und nachfolgendem papulösen Syphilid begleitet. — **Stukowenkow** M. J., Prof. (Protokolle der Sitzungen Kiew'scher Aerzte. Sitzung vom 25. März 1884. Kiew 1885, pag. 54. Russisch.) Stukowenkow stellte einen Patienten vor mit primärer syphilitischer Sklerose der Tonsille. Die Infection erfolgte wahrscheinlich in Folge des Küssens eines syphilitischen Kindes, welches Papeln an den Lippen hatte. — **Stukowenkow** M. J., Prof. Primäre Sklerose der Backe. (Protokoll der Sitzung der Gesellschaft Kiew'scher Aerzte 1884/5. Kiew 1886, pag. 45. Russisch.) Ein Fall von hartem Schanker der rechten Backe bei einer 24 Jahre alten verheirateten Frau, begleitet von rechtsseitiger Adenitis submaxillaris mit nachfolgendem papulösen Syphilid. — **Szadek** K. Primäre syphilitische Sklerosen des Rachens. (Kiew 1884. Russisch.) Eine umfangreiche und sorgfältig zusammengestellte Literatur der extragenitalen Schanker des Rachens, und drei Fälle von hartem Schanker des Rachens (zwei Männer und ein drei Jahre altes Kind) aus Verfassers eigener Praxis. — **Szadek** K. Primäre syphilitische Sklerosen des Rachens. (Medicinsky Westnik 1884. Nr. 28—30, 36—40. Russisch.)

Tarnowsky W. Bericht der Consultanten für venerische Krankheiten an der Haupt-Militär-Medicinal-Verwaltung. (Wojenko-Medicinsky Journ. 1881, Februar, pag. 95—96. Russisch.) Verfasser bringt aus seiner klinischen Praxis sieben Fälle von extragenitaler Syphilisinfection. In zwei Fällen waren harter Schanker bei Soldaten am Kinn in Folge des Rasirens beobachtet, in fünf Fällen harte Schanker an den Lippen bei Zöglingen von Militärschulen. — **Tarnowsky** Prof. (Die Lehre von der Syphilis von Prof. Lancereaux. Russische Uebersetzung redigirt von Prof. Tarnowsky 1877, pag. 620.) Tarnowsky beschreibt einen Fall von sklerosirtem Schanker im oberen Drittel der inneren Fläche des rechten Unterarms, 2 Ctm. gross, mit nachfolgenden syphilitischen Erscheinungen. Die Infection ging von einer Prostituirten aus, welche einen harten Schanker an der linken Hüfte hatte, den sie ihrerseits in Folge eines Bisses von

einem der Besucher des öffentlichen Hauses bekam. — **Tarnowsky** W. M. Prof. (Protokolle der Sitzungen der russischen derm. Gesellsch. 1886—87. Sitzung vom 26. September 1887, pag. 135. Russisch.) Tarnowsky bringt als Pendant zum Referat von Dr. Tschagin aus eigener Praxis zwei Fälle von hartem Schanker der Augenlider bei Frauen in Folge von Eintritt des Fruchtwassers während des Gebäractes. In derselben Sitzung theilt Dr. Esof einen ähnlichen Fall mit. — **Taylor.** Klinische Beobachtungen über einen Fall von Schankergeschwür im Gesicht durch zufällige Ueberimpfung. (Brown-Sequard's Arch. of scientific and practical Medicine 1873. Ref. in der Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1874, pag. 581.) Ein Fall von hartem Schanker bei einem Manne auf der Stirne über dem linken Auge, welcher sich bei ihm nach achtzehn Tagen nach dem Erscheinen mehrerer Schanker im Limbo präputii entwickelte. — **Taylor.** Transmission of syphilitic contagion by rite of circumcision. (New York Med. Journ., December 1873. Ref. in der Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1874, pag. 581.) Taylor beobachtete vier unzweifelhafte Fälle von Syphilisinfection in Folge von Aussaugen des Blutes bei beschnittenen Kindern, und lenkt besondere Aufmerksamkeit auf die Prophylaxis. — **Taylor** R. W. Die klinischen Charaktere des syphilitischen Initialschankers der Brust. (Arch. of Derm. V., II., Nr. 15 1875. Ref. in der Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1876, pag. 638.) Drei Fälle von Sklerose der Brustdrüse, von denen der eine in Form einer sklerosirten Fissur, der zweite in Form eines Ekthyma, der dritte in Form einer Erosion auftrat. — **Taylor** R. W. Chancre of the tonsil. (New York Med. Journ. 1884, Mai 24. Referirt in Ann. de derm. et de syph. 1885, pag. 115—116. Illustr. Journ. of cut. and ven. dis. 1884, pag. 351.) Mehrere Fälle von extragenitaler Syphilisinfection aus eigenen und fremden Beobachtungen. 1. Harter Schanker der linken Tonsille bei einer 22 Jahre alten Frau, inficirt e coitu per os. 2. Harter Schanker der linken Tonsille bei einem 9 Jahre alten Kinde, in Folge von Manipulationen, die ein Unbekannter an ihm ausgeübt hatte. 3. Harter Schanker der Tonsille bei einem Manne in Folge widernatürlichem Coitus mit einer Frau, welche gleichfalls einen harten Schanker der Tonsille und nachfolgende Erscheinungen von Syphilis hatte. 4. Schanker der Tonsille in Folge von Manipulationen an den Geschlechtstheilen einer Frau. 5. (Fall von Dr. Wigglesworth) Harter Schanker der rechten Tonsille bei einem Studenten entstand nach Belebungsversuchen eines scheintodten Kindes. — **Tepliaschin** A. Syphilisinfection in Folge des Ansteckens kranker Augen. (Wratsch 1887, Nr. 17. Russisch.) Acht Fälle von extragenitaler Syphilisinfection in Folge des Ansteckens der Augen von einer Quacksalberin, welche sich als syphilitisch erwies, und 34 Personen in einem Dorfe auf diese Weise inficirt hatte. In sieben Fällen befanden sich die Sklerosen am oberen Augenlide. — **Thiry.** (La presse méd. Belge 1878. Ref. im Jahresber. von Virchow und Hirsch 1878, Bd. II, pag. 535.) Ein Fall von hartem Schanker des Augenlides bei einem Manne in Folge vom Uebertragen des syphilitischen Contagiums mit einem während des Coitus beschmierten Finger. — **Thiry.** (Chancre induré à la gorge. Bubon chancreux sous l'angle de la branche gauche du maxillaire inférieur. (La presse méd. Belge. — Ref. von Prof. Stukowenkow in Medicina za 1886 God, pag. 947. Russisch.) Zwei Fälle von extragenitaler Infection, wobei die Mutter einen harten Schanker der Zunge, die Tochter einen weichen (?) am Unterkiefer hatte. — **Tomaschewsky** S. (Russkaja Medicina 1885, Nr. 18 und 19. Russisch.) Ein Fall von hartem Schanker der linken Tonsille bei einem 15½ Jahre alten, noch nicht coitirt habenden Mädchen; der Infection per os folgte ein Hautsyphilid. —

Tomaschewsky S. Drei Fälle von primärer syphilitischer Induration der Tonsillen. (Wiener med. Presse 1886, Nr. 30, 31, 33, 35 und 36. Separatabdruck 1886, nebst Abbildung.) Drei Fälle von hartem Schanker der Tonsille. 1. Bei einem $15^1/_2$ Jahre alten Mädchen, welches noch nicht coitirt hatte; der Sitz der Sklerose war die rechte Tonsille. 2. Bei einem 25 Jahre alten Kanonier, ebenfalls auf der rechten Tonsille. 3. Bei einem Krankenaufseher im Hospital, 25 Jahre alt, Sklerose der linken Tonsille. — **Tourner** G. R. Hunterian chancre of lower lip. (Med. Society of London. The Lancet 1887, vol. I, Nr. V, 28. Jänner, pag. 218. Ref. in der Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887, pag. 609.) Verfasser demonstrirte einen Fall von Sklerose der Unterlippe bei einem Manne mit gleichzeitigem harten Geschwür des Penis. In derselben Sitzung theilte Harrison Gripps einen Fall von Sklerose des Augenlides bei einer 70 Jahre alten Frau mit. — **Trotter.** Syphilis from tattooing. (Philadelphia Medical Times, November 1885, 15. Ref. im Journ. of cut. and ven. dis. 1886, pag. 128.) Ein Fall von primärem Schanker, acquirirt in Folge von Tättowirung durch einen Syphilitiker, welcher die dabei gebräuchliche Nadel in den Mund nahm. An den Einstichstellen bildeten sich Geschwüre, nach welchen ein squamös-pustulöses Syphilid erfolgte. — **Tschagin.** A. A. Erosion chancreuse palpebrarum oculi sinistri. (Protokolle der russischen Gesellsch. f. Derm. u. Syph. f. 1886/7, 1888, pag. 133. Russisch.) Tschagin demonstrirte eine Patientin mit einem harten Schanker in Form von einer Erosion am inneren Augenwinkel, von wo aus die Neubildung auf die Innenfläche der beiden Augenlider und zum Theil auf die linke Seite des Nasenrückens sich verbreitete; der Schanker war von einer linksseitigen Adenitis der Parotis und Submaxillaris und einer Roseola begleitet. Es ist anzunehmen, dass Patientin sich von ihrem Bruder inficirte, der ein Ulcus induratum labii infer. oris, Roseola und Plaques muqueuses hatte, durch dessen Hand- oder Taschentuch, und zwar beim Waschen dieser Gegenstände. — **Tschistiakow** M. A. (Protokolle der russischen Gesellsch. f. Derm. u. Syph. f. 1885/6, 1887, pag. 9. Russisch.) Ein Fall von hartem Schanker der rechten Tonsille bei einem 28 Jahre alten Manne, bei gleichzeitiger Adenitis cervicalis und submaxillaris und Roseola syphilitica. Die Syphilisinfection geschah in Folge von Einführung der Zunge einer syphilitischen Frau in den Mund des Patienten als Liebkosung. — **Tschistiakow** M. A. Primäre Induration auf der Stirne eines acht Monate alten Kindes, inficirt von der Amme. (Wratsch. 1889, Nr. 5, pag. 133. Russisch.) — **Tschistiakow** M. A. Ueber extragenitale Syphilisinfection. (Protokolle der Section für Syphilidologie des I. Congresses russischer Aerzte in St. Petersburg 1885, pag. 41—45. Russisch.) Auf Grund des Materials des Prof. Tarnowsky rechnet Verfasser auf 100 Fälle von congenitalem harten Schanker 30 Procent Ulcus durum der Unterlippe, 15 Procent der Oberlippe, 14 Procent der Finger, 1 Procent des Zeigefingers und der Unterlippe gleichzeitig, 3 Procent des Rachens, 2 Procent des Anus, 3 Procent der Zunge, 2 Procent des unteren Augenlides, 2 Procent des Abdomen, 2 Procent des Kinnes, 1 Procent der Nase, 1 Procent des Halses und 24 Procent der Mundhöhle überhaupt. Tschistiakow führt einen Fall an, in welchem eine Amme, die ein syphilitisches Kind stillte, nicht durch die Brust, sondern durch den Mund inficirt wurde, indem sie einen harten Schanker des Rachens bekam. — **Tschudnowsky** O. W. Prof. Ein Fall von Ulcus induratum menti. (Protokolle der kaukasischen med. Gesellsch. 1886, Nr. 7, pag. 161. Russisch.). Ein Fall von hartem Schanker am Kinn bei einem Manne, erhalten in Folge eines Einschnittes mit dem Rasirmesser während des Rasirens; es folgten die Erscheinungen der Syphilis. — **Tur** M. Zur Frage von Rupia syphi-

litica. (Russkaja Medicina 1885, Nr. 39. Russisch.) Zwei Fälle von syphilitischer Erkrankung, von welchen in einem Falle die Infection per os entstand, wobei der harte Schanker sich auf der rechten Tonsille localisirte und von Rupia syphilitica und Scorbut begleitet war.

Ussas M. S. Ulcus induratum palmae sinistrae. (Protokolle der russischen Gesellschaft f. Syph. und Derm. für 1886/87, pag. 29. Russisch.) Ussas demonstrirt eine Patientin mit einem harten Schanker auf dem linken Handteller, begleitet von einer Adenitis cubitalis, axillaris und cervicalis und einem polymorphen Syphilid des Körpers. Die Infection erfolgte auf der Stelle einer Verbrennungswunde am Handteller, beim Warten eines syphilitischen Kindes.

Vajda. Ueber Syphilis universalis. (Aus dem Berichte der Klinik für Syphilis von v. Sigmund in Wien pro 1874. Ref. in Vierteljahresschr. f. Derm. und Syph. 1876, pag. 124.) Unter Anderem bringt Vajda einen Fall von primärer Sklerose des Rachens bei einer siebenundzwanzig Jahre alten Stubenmagd, die noch keinen Coitus gehabt hatte (Virgo), bei der die deutlich ausgesprochene Sklerose sich bei der Oeffnung der linken Tuba Eustachii befand und in Folge der Katheterisation entstand.

Weinberg. (Cit. bei Dr. Mraček. Wiener med. Presse 1880, Nr. 2, pag. 49.) In einer Sitzung der Gesellschaft Wiener Aerzte brachte Weinberg zwei Fälle von primären extragenitalen Sklerosen, von denen im ersten Falle die Sklerose an der Zungenspitze, im zweiten Falle auf der Backe sich befand. — **Wherry.** Hard chancre on the conjunctiva of the lower eyelid. (Brit. Med. Journ. 1882, I., pag. 120.) Ein Fall von hartem Schanker des unteren Augenlides, worauf nach Verlauf von fünf Wochen ein Syphilid erfolgte. — **Viennois** A. (Thèse. Paris 1860, pag. 66.) Ein Fall von extragenitaler Syphilisinfection eines sieben Jahre alten Kindes, welches von seiner syphilitischen Mutter inficirt wurde und einen sklerosirten Schanker der rechten Tonsille mit nachfolgendem Syphilid erhielt. (Cit. bei Szadek, pag 6.) — **Wiette.** Beiträge zur Casuistik syphilitischer Lideraffectionen. (Allg. Wiener med. Zeitung 1882, Nr. 23.) Ein Fall von hartem Schanker des rechten unteren Augenlides. — **Wirpscha** G. F. Ueber die Syphilis in Ssamara. (Ssamara 1888. Russisch.) Auf Grund des Berichtes des städtischen Krankenhauses in Ssamara für zehn Jahre bemerkt Wirpscha, dass in 5147 Fällen von Syphilis, acquirirt per coitum, betrafen 3745 (69·6%) Männer und 1402 (25·8%) Frauen. Von Syphilis, acquirirt extra coitum, waren 249 Fälle (4·46%) davon betrafen Männer 50 Fälle (0·87%), Frauen 99 Fälle (1·77%) und Kinder 100 Fälle (1·77%). — **Wood** William C. (New York Med. Journ. 18. Febr. — Ref. in Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 16.) Ein Fall von primärem Syphilid (syphilitischer Schanker) der Hand, acquirirt in Folge von Verwundung derselben während eines Schlages in die Lippen eines notorischen Syphilitikers; dem Schanker folgten secundäre Erscheinungen. — **Wwedensky** A. A. (Protokolle d. russ. Ges. f. Syph. u. Derm. 1885, pag. 12. — Russisch.) In der Sitzung der Gesellschaft vom 30. November demonstrirte Wwedensky einen Patienten, einen Mann von fünfunddreissig Jahren, mit drei harten Schankern am Zeigefinger der linken Hand, welche er in Folge eines Bisses von einer von zweien sich schlagenden Frauen, deren Streit er schlichten wollte, erhielt. Die Confrontation erwies, dass die betreffende Frau syphilitisch war. Beim Patienten erfolgte ein Erythema syphiliticum papulatum.

Zeissl Hermann, Prof. Die syphilitischen Erkrankungen der Augenlider. (Allg. Wiener med. Ztg. 1877, Nr. 34—37.) — **Zeissl** Hermann, Prof. Beiträge zur Casuistik der syphilitischen und der mit diesen verwandten venerischen Erkrankungen. (Allg. Wiener

med. Ztg. 1877, Nr. 2—3.) In seiner klinischen Casuistik bringt Verfasser unter Anderem einige Fälle von extragenitaler Syphilisinfection: Ein Fall von hartem Schanker bei einem vierundzwanzig Jahre alten Manne in Folge eines Bisses von einem betrunkenen Kameraden. Der Schanker localisirte sich auf dem Dorsum der linken Hand. In einem anderen Falle entstand ein Schanker auf der Brustwarze bei einer Frau in Folge des Saugens derselben während des Coitus von einem Syphilitiker. Ausserdem erwähnt Zeissl aus der Literatur und aus klinischen Beobachtungen noch Fälle von hartem Schanker am Kinn (2) in Folge eines Bisses und in Folge eines Kusses und einen Fall von Schanker am Finger eines Polizeibeamten in Folge eines Bisses von einem Syphilitiker, während der Arretirung des Letzteren. — **Zeissl** Maximilian. Lehrbuch der Syphilis. (Stuttgart 1888, pag. 351.) Verfasser erwähnt unter Anderem, dass er Gelegenheit hatte, in einer Klinik Syphilitiker zu behandeln, bei welchen sich primäre Sklerosen an ungewohnten Stellen, z. B. an der Backe, im Kinngrübchen, an den Fingerspitzen u. s. w. fanden.

Denjenigen Herren Autoren, welche mich durch gütiges Zusenden ihrer Arbeiten beehrt haben, spreche ich hiermit meinen innigsten Dank aus.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

I.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Anatomie, Physiologie, path. Anatomie, allg. und exper. Pathologie und Therapie.

1. **Reeps.** Thiol und Ichthyol. — Mitth. a. d. derm. Klinik d. Charité 1888, Heft 6 und 7.
2. **Buzzi.** Ueber einen einfachen Spülapparat. — Ibidem.

Reeps (1) bespricht zunächst ausführlich Ichthyol und Thiol. Jacobsen hat durch die ihm patentirte Einführung und Anlagerung von S an den C der ungesättigten Kohlenwasserstoffe des gewöhnlichen bei der trockenen Destillation der Braunkohlen gewonnenen, S-armen Gasöls und Weiterverarbeitung des Products nach Art der Herstellungsweise des Ichthyols (sulfoichthyolsauren Ammoniums) aus dem S-reichen Ichthyolrohöl (Product der trockenen Destillation des bei Seefeldt in Tirol gefundenen, viele animalische Ueberreste vorweltlicher Fische und Seethiere enthaltenden Stinksteines) ein von ihm Thiol oder deutsches Ichthyol genanntes Präparat dargestellt, welches ebenso S-reich ist, wie das eigentliche Ichthyol, den nicht in der Sulfogruppe enthaltenen S auch an C gebunden zeigt und sich auch in anderen Beziehungen (chemische Eigenschaften, Resorbirbarkeit, Unschädlichkeit) ihm sehr ähnlich verhält. Das Thiol besteht aus einem Gemisch von Kohlenwasserstoffen. Reeps darauf fussend, dass das Ichthyolrohöl keine einheitliche Substanz ist, dass Baumann und Schotten trotz der genauen Uebereinstimmung der bei der Elementaranalyse des Natr. sulfoichthyol. gefundenen und berechneten Werthe die Möglichkeit nicht völlig ausgeschlossen erachten, dass dasselbe ein Gemenge mehrerer Salze sei, glaubt Ichthyol und Thiol für dieselbe, nur auf verschiedenem Wege gewonnene Substanz halten zu dürfen. In den von Reeps unternommenen acht therapeutischen Parallelversuchen wirkten beide Präparate gleich, so dass Reeps auch die therapeutische Identität beider, trotz der geringen Zahl der Versuche, die noch fortgesetzt werden, für erwiesen ansieht.

Um die Einwirkung verschiedener Flüssigkeiten (auch Färbeflüssigkeiten) auf immobilisirte Schnitte direct beobachten zu können, benutzte Buzzi (2), statt das unbequeme und langsame Löschpapierverfahren anzuwenden, einen Objectträger, der, noch einmal so dick wie gewöhnlich, zwei Längsrinnen zeigte, die sich nach dem Object hin gabelten. In die eine

nicht ganz bis an den Rand des Objectträgers (zur Vermeidung von Ueberschwemmungen) gehende Rinne wurde aus einem Reservoir (Becherglas) die Flüssigkeit durch ein Capillarrohr zugeleitet, aus der anderen jenseits des Objectes gelegenen in gleicher Weise abgeleitet. Falkenheim.

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

(Infectiöse Entzündungsprocesse.)

1. **Prins.** Ueber die Beziehungen der Scrophulose zu einzelnen Symptomen derselben. — Arch. f. Kinderheilkunde, Bd. X, Heft 2.
2. **Schütz** J. Zur Behandlung des Lupus. — Münchner med. Wochenschr. 1888, Nr. 45.
3. **Petersen.** Dreiundvierzig Fälle von Lepra in St. Petersburg. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1888, 43; Wratsch 1888, 37—39 (russisch).
4. **Ferrari.** Della lepra in Italia e più specialmente in Sicilia. — Atti dell' academia Gioenia di scienze naturali in Catania 1888, vol. 1.
5. **Bojew.** Ein Fall von Rhinosclerom. — Medicinische Rundschau, Moskau 1888, 20 (russisch).
6. **Nikiforow.** Ueber die Mikroorganismen des Rhinosklerom. — Ebenda, 20; auch: Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol., XXIV, pag. 424 bis 429.
7. **Stepanow.** Ein Fall von Rhinosklerom; über Impfversuche desselben. — Ebenda, 1888, 20 (russisch).
8. **Pawlow.** Ein Fall von Rhinosklerom der Nase, des Rachens und Oberschenkels. — Ebenda, 1888, 20 (russisch).

Prins (1) fasst Rhinitis, Otorrhöe, Infiltration der Lymphdrüsen und Impetigo nicht als charakteristische Symptome der Scrophulose auf und bekämpft die Berechtigung, selbst bei gleichzeitiger Anwesenheit aller vier genannten Symptome, die Diagnose auf Scrophulose zu stellen. Insbesondere hat nach Prins das Eczema impetigin. des Gesichtes, der Nase, des Ohres und des behaarten Kopfes — das Ecthyma scrofulosorum — mit der Scrophulose nichts gemein und wird stets durch locale Ursachen hervorgerufen. Gegen dasselbe hat Prins mit gutem Erfolge eine Salbe von rothem Quecksilberpräcipitat 2 : 100 Vaseline mehrmals des Tages anwenden lassen. Besonders bewährte sich diese Salbe bei Rhagaden am Mundwinkel und Naseneingange, sowie beim Eczem des Ohres. O. Rosenthal.

Um entstellende, zu ungleicher Höhe gediehene, mit Gefässreiserchen versehene und starken Zug ausübende Narben bei Heilung des Gesichtslupus zu vermeiden, empfiehlt Schütz (2) Carbolquecksilber-Guttaperchapflastermull, auf den ein Collodiumanstrich kommt. Wenn die Lupusnester und die durch die Krankheit gesetzten Infiltrate zerstört sind, so handelt es sich darum, das nachwachsende Granulationsgewebe nicht zu sehr in die Höhe schiessen zu lassen, ferner dasselbe an allen Stellen auf demselben Niveau zu erhalten. Es wird dadurch eine gleichmässige Ueberhäutung und Ueberhornung erzielt, die Narben bleiben weich und retrahiren sich nicht stark. Der früher erwähnte Mull erzeugt dieses Resultat theils durch mechanische Compression, theils durch chemische Wirkung. Der Mull bleibt 6—24 Stunden liegen. Essigäther befördert die leichte Ablösbarkeit. Nebstbei ist auf kräftigende Kost und Diät (Malzextracte), Luft und Licht Gewicht zu legen. Horovitz.

Nach einer kurzen historischen Skizze und einigen Daten über Verbreitung der Lepra in verschiedenen Gegenden Russlands, stellt Petersen (3)

43 Fälle von Lepra, welche innerhalb der letzten siebzehn Jahre in St. Petersburg zur Beobachtung kamen, zusammen. Aus den beigefügten Tabellen ist ersichtlich, dass in den ersten sechs Jahren (1872—77) 14 Fälle, in den zweiten sechs Jahren (1878—83) 5, in den letzten viereinhalb Jahren 23 Leprafälle dort constatirt wurden. Unter 43 Kranken waren 10 Männer und 33 Frauen. Das Alter der Kranken schwankte zwischen 15 und 64 Jahren. In 34 Fällen war die Form der Lepra verzeichnet, wobei es sich sechzehnmal um Lepra tuberosa, sechsmal um Lepra anaesthetica und zweimal um Lepra mixta handelte. In drei Fällen wurde eine Affection des Kehlkopfes bemerkt, 17 Fälle (circa 50 Procent) kommen auf das St. Petersburger Gouvernement, was dem Verfasser ein Recht gibt, anzunehmen, dass in demselben Lepraherde vorhanden sind. Einige Leprafälle stammen aus denjenigen Orten Russlands, in welchen bis jetzt noch kein Verdacht auf Lepraverbreitung vorhanden war (Witebsk, Kowno, Twer u. s. w.). Schliesslich geht Petersen zur Lösung der wichtigsten Frage, wo diese Leprakranken ihre Leiden bekamen, über. In dieser Richtung aber sind die bezüglichen Angaben ungenügend und sehr spärlich, und beziehen sich nur auf 16 Fälle, von welchen circa ein Drittel mit schon deutlichen Anzeichen von Lepra nach St. Petersburg gekommen war; in dem zweiten Drittel zeigte sie sich kurz nach Ankunft der Kranken; es bleiben dann 6 Fälle, wo der Verdacht auftaucht, dass die Leprakranken ihr Uebel in St. Petersburg acquirirten. Nach der Meinung des Verfassers zeigten die von ihm gesammelten Daten, trotz ihrer grossen Mängel, dass die Leprafrage auch in St. Petersburg vorhanden, und „wäre es zu wünschen, dass auf sie mehr Aufmerksamkeit verwendet werde". Szadek.

Ferrari (4) behauptet, dass sowohl die statistischen Daten als auch die klinische Beobachtung gegen die Contagiosität der Lepra sprechen, wenn er auch zugibt, dass die Contagionisten im Leprabacillus, dessen Existenz er nicht leugnen kann, scheinbar ein gewichtiges Argument für ihre Ansicht besitzen. Aus den erfolglosen Uebertragungsversuchen der Lepra auf Thiere (Ferrari) und auf den Menschen (Profeta), sowie hauptsächlich aus dem Umstande, dass er in der Placenta eines leprakranken Weibes keine Mikroorganismen finden konnte, folgert er, dass der Leprabacillus unmöglich das pathogene Element der Lepra sein könne. Weiters behauptet Ferrari, dass der Hansen'sche Bacillus mit jenem der Tuberculose identisch sei und führt für diese gewagte Behauptung folgende Argumente an: 1. Die vollkommene mikroskopische Congruenz dieser zwei Mikroorganismen. 2. Das Fehlen besonderer und sicherer histochemischer Reactionen, um sie von einander zu unterscheiden (Ferrari scheint die von Neisser festgestellten tinctoriellen Unterschiede zwischen Lepra- und Tuberkelbacillen nicht zu kennen. Referent). 3. Während der Leprabacillus weder bei Thieren noch beim Menschen Lepra hervorruft, erzeugt er bei ersteren Tuberculose. Daraus schliesst nun Ferrari, dass sowohl der Tuberkelbacillus als auch der Hansen'sche Bacillus eine und derselbe Bacillus sei, welcher sich in käsigen Herden vorfinde. Da die Lepra nicht parasitär sei, sei sie auch nicht contagiös; wohl aber sei sie eine hereditäre, constitutionelle Krankheit, welche besonders häufig an die scrophulöse Constitution gebunden sei (?). Wenn Ferrari, wie er behauptet, die Beobachtung gemacht hat, dass die Lepra hauptsächlich dort endemisch sei, wo Tuberculose und Scrophulose vorherrschen, so dürfte er mit dieser Beobachtung ziemlich vereinzelt dastehen. Dornig.

Bojew (5) theilt eine ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Rhinosklerom mit, welche er ein Jahr beobachtete. Es handelte sich hier um einen fünfundzwanzigjährigen Taglöhner, bei dem sich eine typische Affection der Nase und des Rachens zeigte. Die Krankheit wurde zuerst

als Lues diagnosticirt und wurde deshalb eine specifische Behandlung angeordnet; später wurde nach einer von Nikiforow (6) ausgeführten mikroskopischen Untersuchung der excidirten Partien Rhinosklerom diagnosticirt. Nikiforow fand die eigenthümlichen Bacillen des Rhinoskleroms, dann amyloide Degeneration der afficirten Gewebe; auch gelang es ihm eine Reincultur der genannten Mikroorganismen zu erhalten. Dieser Fall wurde dann mit parenchymatösen Einspritzungen von einprocentiger Carbollösung behandelt, jedoch wurde trotz der dreiundsechzig ausgeführten Injectionen kein günstiger Erfolg bemerkt.

Der Fall Stepanow's (7) ist dadurch interessant, weil das Rhinosklerom sich ausser der Nase auch im Kehlkopfe localisirte, und eine Laryngostenosis verursachte. Die Behandlung bestand in antiseptischen Waschungen und Tubage des Kehlkopfes. Dem Verfasser ist es auch gelungen, Reinculturen der Rhinosklerombacillen auf Agar-Agar, Gelatine und Blutserum zu erhalten. Die Impfversuche in die Camera anterior des Auges der Meerschweinchen mit afficirten Gewebspartien und Reinculturen von Bacillen waren auch von positivem Erfolge gekrönt; nach allen drei Versuchen traten bei geimpften Thieren charakteristische Gewebsveränderungen auf. Durch diese Versuche suchte der Verfasser einen sicheren Beweis dafür zu bringen, dass die Frisch'schen Mikroben die einzige Ursache des Rhinoskleroms sind; seiner Meinung nach wird dadurch auch die Frage der contagiösen Natur und Impfbarkeit des Rhinoskleroms ganz festgestellt.

Was den von Pawlow (8) unter dem Namen des Rhinoskleroms der Nase, des Rachens und Oberarmes beschriebenen Fall anbelangt, so muss derselbe etwas zweifelhaft erscheinen. weil die Krankheit sich durch einen relativ raschen Verlauf charakterisirte und eine entschiedene Neigung zum Zerfall der afficirten Theile zeigte; ferner da eine eigenthümliche Härte der erkrankten Partien der Nase ganz fehlte und weil schliesslich unter dem Einflusse der einfachen Bepinselungen von Jodolglycerin und Aetzungen mit Acid. chromic. eine ziemlich rasche Restitutio ad integrum erfolgte; ausserdem war eine Affection des Oberarmes unter dem Bilde von zwei oberflächlichen Geschwürchen aufgetreten, welche später mit papillomatösen Wucherungen bedeckt wurde. Der ganze Krankheitsprocess in dem Falle Pawlow's macht den Eindruck von einer luetischen oder tuberculösen Affection. In seiner Diagnose stützt sich Verfasser auf die von Stepanow und Nikiforow ausgeführten histologischen und bacteriologischen Untersuchungen der afficirten Gewebe (hyaline Masse und Reinculturen von Bacterien, die mit den Rhinosklerombacillen identisch sein sollen); ausführliche Daten über diese Untersuchungen fehlen. Nach allem Gesagten erscheinen auch die Schlussfolgerungen des Verfassers als ziemlich gewagt (Contagiositätsvermögen des Rhinoskleromprocesses, d. h. vermuthliche Autoinoculation auf dem Oberarme des Kranken durch Secret der Nase, respective des Rachens). Szadek.

Erythematöse, eczematöse, parenchymatöse Entzündungsprocesse.

1. **Mazzotti.** Un caso raro di eritema polimorfo grave. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1888, 3.
2. **Du Mesnil.** Casuistisches über Erythema nodosum. — Münchner med. Wochenschr. 1888, Nr. 36.
3. **Andrejew.** Ein Fall von Dermatitis herpetiformis Duhringii. — Sitzungsber. d. med. Ges. zu Woronesh, 1887/88, 1, pag. 76—80 (russisch).

4. **Bertarelli**. Sull' uso dell' arsenico nel lichen planus. — Bollett. della ambul. di Milano, luglio-agosto 1888.
5. **Mettenheimer** C. Ueber Zoster im Kindesalter. — Jahrb. f. Kinderheilkunde 1888, Nr. 1.
6. **Barlow** Thomas. Case of Diabetes mellitus, in which skin lesions consisting of „broad papules and tubercles" (? Lichen diabeticus) occured, resembling those described as Xanthoma diabeticorum, but without pigmentation. — The Brit. Journ. of Derm. 1888, Nr. 1.
7. **Cavafy** John. A case of so-called „Xanthoma diabeticorum". — Ibidem 1889, Nr. 3.
8. **Rosenblath.** Ueber multiple Hautnekrosen und Schleimhautulcerationen bei einem Diabetiker. — Virchow's Arch., Bd. CXIV, pag. 202.
9. **Ernst** Anton. Pseudolepra. — Mitth. a. d. derm. Klinik d. Charitékrankenhauses, Heft 6, 7.

Der von Mazzotti (1) beschriebene Fall von Erythema multiforme zeichnete sich durch die die gewöhnliche Durchschnittsdauer des polymorphen Erythems überschreitende lange Dauer des Leidens — über zwei Monate —, sowie durch die vielen, von kurzen Intervallen relativen Wohlbefindens getrennten, von heftigem Fieber, von Gelenks- und Muskelschmerzen begleiteten Nachschübe — es sind deren bei zwanzig verzeichnet — aus. Mazzotti glaubt, wie uns scheint mit Unrecht, diesen Fall vom gewöhnlichen Erythema multiforme trennen und als ein Erythema polymorphe „grave" bezeichnen zu müssen. Dornig.

Du Mesnil (2). Neben den charakteristischen Efflorescenzen des Erythema multiforme traten bei einer fünfundzwanzigjährigen Dienstmagd noch die typischen Knoten des Erythema nodosum an den bekannten Stellen auf. Complicationen von Seiten der Gelenke, der Meningen und nach einem Rückfalle auch von Seiten der Luftröhre. Zugleich Ausbruch des Ausschlages auf der Schleimhaut des Mundes, des Kehlkopfeinganges, des Rachens, der Bindehäute und der äusseren Geschlechtstheile. Horovitz.

Andrejew (3) berichtet über einen der Dermatitis herpetiformis Duhringii analogen Fall, der nun relativ sehr acut, innerhalb eines Monates verlief und durch einen polymorphen, meist vesiculösen Ausschlag am unteren Theile des Rumpfes der Glutäalgegend und im oberen Theile des rechten Oberschenkels sich charakterisirte. Szadek.

Bertarelli (4) brachte einen Lichen ruber planus durch intramusculäre Injectionen von Solutio Fowleri in die Glutaei in dreiunddreissig Tagen zum Schwinden. Er begann mit Dosen von 0·5 und stieg bis zu einem Gramm Solut. Fowleri pro injectione. Dornig.

Bei dem seltenen Vorkommen des Herpes zoster im Kindesalter ist es interessant zu wissen, dass Mettenheimer (5) kleine Abweichungen gegenüber dem Zoster der Erwachsenen beobachtete. Die Bläschen sind nicht immer kreisrund, sondern länglich und zwar steht die Längenaxe der Efflorescenz in der Richtung der betreffenden Nerven; ferner sind die Bläschen mitunter kaum von Grieskorngrösse; ihr Inhalt wird häufig eitrigtrübe wie beim Eczem, so dass man es mit Pusteln zu thun hat; doch kommen auch grosse Blasen vor, allerdings vermengt mit wahren Herpesbläschen. Neuralgien sind fast nie zu beobachten, so dass die Kinder die Krankheit spielend durchmachen. Herpes facialis hat Mettenheimer im frühen Kindesalter nie gesehen. Horovitz.

Der weitläufige Titel des Aufsatzes von Barlow (6) enthält das Wesentliche des Inhaltes. Bei einem sechsundzwanzig Jahre alten Manne,

der angeblich, aber nicht nachweislich Diabetes gehabt hatte, waren auf der Haut des Abdomens, des Thorax, des Rückens flache Knötchen und Knoten von Stecknadelkopf- bis $^{1}/_{3}$ Zoll-Grösse und derber Consistenz aufgetreten. Nach zweijährigem Bestande, da Barlow den Kranken mit dieser Affection zu Gesicht bekam, hatten die Knötchen sich nicht geändert. Verfasser findet nun den Fall ähnlich dem einen der von Addison und Gull als Vitiligoidea (ursprünglicher Name für das später, nach Wilson Xanthelasma und dann Xanthoma genannte Gebilde. Red.) beschriebenen Fälle (Fall des John Sheriff), citirt ferners, dass Bristowe im Jahre 1866 unter dem Titel „Eine seltene Form von Keloid" einen ähnlichen Fall von einem Diabetiker mitgetheilt hat und endlich, dass M. Morris unter dem Titel „A case of so-called Xanthoma tuberosum" (1883) einen ähnlichen Fall von einem Diabetiker beschrieben hat. Dazu rechnet Barlow noch zwei unveröffentlichte Fälle von Cavafy und Colcott Fox, auf welche sich Crocker in seinem jüngsten Werke „Diseases of the skin" unter dem Titel Xanthoma diabeticorum bezieht und einen von Gendre in dessen Thesis über Xanthelasma. Verfasser macht nun histologische und klinische Differenzen zwischen dem von ihm und den genannten Autoren beschriebenen Knötchen und dem wahren Xanthom geltend, in dem Sinne, wie vor ihm Crocker und Langster gethan und schlägt vor, den von dem Letzteren vorgeschlagenen Namen „Lichen diabeticus" der beschriebenen Affection zu geben.

Cavafy (7) beschreibt nun näher seinen von Crocker und Barlow citirten Fall. Ein fünfundvierzigjähriger Mann erkrankte vor sieben Jahren unter Erscheinungen, welche von einem Arzte auf „Diabetes" bezogen worden waren (Hydrops, Schwäche) und später schwanden. Vor fünf Jahren entstanden die nun sichtbaren Hautknötchen. Verfasser beschreibt sie als rundliche, scharfbegrenzte, flacherhabene, disseminirte oder gruppirte, nicht über erbsengrosse Knötchen, welche auf der Streckseite der Hände, den Fingern, Vorderarm, Ellbogen, Knie, Achillessehne, Zehe, sassen, roth, bei Druck erblassend, die grösseren auf der Höhe blassgelb, derb, von dichter Consistenz beim Einschneiden; im Harn kein Zucker. Später wurden die Knötchen nach Angabe des Kranken so schmerzhaft „entzündet", dass er seinem Berufe nicht nachgehen konnte. Cavafy resumirt, dass Nephritis chronica da war, kein Diabetes, dass die Gebilde nicht Xanthom sind, dass aber der Name „Lichen diabeticus" annehmbar dafür wäre, da wenigstens angeblich einmal Glykosurie zugegen war, obgleich für den Typus der Krankheit die dauernde Anwesenheit von Zucker im Harn nicht wesentlich zu sein scheint. Uebrigens trägt Cavafy Bedenken, seinen Fall für identisch zu halten, mit dem von Barlow. K...

Eine sorgfältige histologische Untersuchung oberflächlicher Hautnekrosen vom Fuss und Unterschenkel eines an Diabetes mellitus verstorbenen Mannes liess Rosenblath (8) folgenden eigenartigen Befund erheben. Die Nekrose reicht ungefähr bis in die Mitte der Cutis, das Grenzgebiet zeigt eine geringe kleinzellige Infiltration mit unbedeutender Hyperämie, während die tiefer gelegenen Theile der Cutis bis ins Unterhautzellgewebe mit capillären Hämorrhagien durchsetzt sind. Die Gefässe zeigen keine besondere Veränderung. Der Schorf selbst ist des Epithels beraubt, auch der Papillarkörper ist zu Grunde gegangen: dagegen sind die Bindegewebsbündel erhalten, wenn sie sich auch schwächer in der Tinction zeigen, als gesunde Fasern. Zwischen den Zügen des Bindegewebes amorphes, bräunliches Pigment. Von der gesunden Haut, die an der Grenze der Nekrose mehrschichtiges Epithel trägt, schieben sich Epithelzüge in die Spalträume hinein, mitunter den vom anderen Rande kommenden soweit ent-

gegenwachsend, dass der Schorf nur mit wenigen Zügen cutanen Gewebes der Unterlage anhaftet. Doch auch vom Epithel der Schweissdrüsen konnte eine Regeneration nachgewiesen werden; es fanden sich hier Epithelinseln an der Grenze des normalen Gewebes, deren Zusammenhang mit den Zellen der Ausführungsgänge der Schweissdrüsen durch Schnittserien sichergestellt werden konnte. Die Ulcerationen auf den Schleimhäuten haben weniger Bemerkenswerthes. Besonders im Magen und Darm, aber auch an der Zunge und dem Oesophagus griffen sie theils tief in die Drüsenschicht ein, theils hatten sie sogar die Muscularis blossgelegt (z. B. im Dünndarm). Hier war Hyperämie und Kleinzelleninfiltration am lebhaftesten. Regenerationsvorgänge vom Epithel sind nicht nachzuweisen gewesen. Veranlassung zur Nekrose dürfte die klinisch festgestellte primäre Blutung gegeben haben, die Ursache derselben ist dunkel; Embolie und Thrombose konnten mit Sicherheit ausgeschlossen werden. H. Stern.

Ernst (9). Patient ist zweiundsiebzig Jahre alt, und hat stets in Deutschland gelebt. Seine Erkrankung dauert seit ungefähr zwei Jahren. Es bestehen auf der Stirn mehrfache, harte Knoten von derber Consistenz, die eine dunkle bis bräunliche Farbe zeigen; dieselben sind unregelmässig und erreichen einige die Grösse kleiner Wallnüsse. Die darüber befindliche Haut ist mit den einzelnen Knoten verwachsen; zwischendurch befinden sich bis zur Mitte des Kopfes vereinzelte gelblichrothe Flecke. Auf den Wangen befinden sich ebenfalls mehrere verschieden grosse Knoten; die Nase ist gleichmässig verdickt und zu einem missgestalteten Klumpen umgebildet. Ebenso sind die Ohrläppchen verdickt und vergrössert. Rhagaden und Geschwürsstellen sind nirgends vorhanden, auch die Schleimhaut ist an keiner Stelle ergriffen; Lippen und Kinn sind frei. Dagegen sind die oberen Augenlider in geringerem Grade an der Geschwulstbildung betheiligt. So ähnelt das Aussehen des Patienten dem der Leontiasis. Auf der Streckseite des rechten Armes befinden sich ähnliche Flecken und Knötchen. Unter Anwendung von Resorcin innerlich in Pillenform und äusserlich als Resorcinpflastermull verloren die einzelnen Knoten ihre feste Consistenz und bildeten sich deutlich, wenn auch langsam, zurück. Die bacteriologische Untersuchung ergibt ein negatives Resultat, die histologische dagegen zeigt hauptsächlich im Unterhautzellgewebe eine Wucherung von kleinen Rundzellen zwischen spärlichen Bindegewebszügen. Differentialdiagnostisch nimmt Ernst die in Betracht kommenden Erkrankungen, besonders das Hautsarkom, aus und schlägt für die Affection den Namen Pseudolepra vor. O. Rosenthal.

Bildungsanomalien.

(Hypoplasien, Hyperplasien, Paraplasien der Epidermis und Cutis.)

1. **Altschul** Th. Zur Behandlung der Warzen und insbesondere der Verrucae aggregatae. — Prager med. Wochenschr. 1888, Nr. 48.
2. **Pott** R. Ueber Papilloma neuropathicum. — Jahrb. f. Kinderheilkunde 1888, Nr. 3 und 4.
3. **Kasanli.** Zur Lehre von der Alopecia areata (der sie bedingende Bacillus). — Wratsch 1888, 39, 40 (russisch).
4. **v. Kahlden.** Beiträge zur pathologischen Anatomie der Addison'schen Krankheit. — Virchow's Arch., Bd. CXIV, pag. 65.
5. **Brigidi** e **Marcacci.** Un caso di xeroderma pigmentoso. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1888, 3.
6. **Schadewaldt.** Beitrag zur Lehre von der Sklerodermie. — Mitth. a. d. derm. Klinik d. Charité 1888, Heft 6, 7.

7. **Andeer.** Resorcin bei Keloiden. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1882, Nr. 42.
8. **Jaja.** L'influenza nervosa nella genesi del sarcoma cutaneo. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1888, 3.

Altschul (1) empfiehlt bei Behandlung der Warzen die Anwendung der von Unna empfohlenen grauen Salbe mit einem fünf- bis zehnprocentigen Zusatz von Arsenik. Die Salbe wird auf Leinwand gestrichen und die kranken Stellen werden damit bedeckt. Es tritt eine allmälige Erweichung und schliesslich eine Aufsaugung des Neugebildes ohne Hinterlassung einer Narbe ein. Die ganze Procedur ist schmerzlos und daher empfehlenswerther als die Aetzung mit Salpetersäure und die Excision.

Pott (2). Ein zweijähriger Knabe bot auf der rechten Gesichtshälfte warzige Wucherungen folgender Art dar: Von der rechten Ohrmuschel strahlten faltige und streifige Erhabenheiten und Wucherungen, die an der Spitze zerklüftet und zum Theile pigmentirt erschienen, gegen den rechten Stirnhöcker, das rechte Auge, die Nase, das Kinn und den Hals aus. Nirgend wurde die Mittellinie überschritten. Ebenso sassen ähnliche Gebilde auf der rechten Mundschleimhaut. Auf den entsprechenden Stellen der Kopfhaut fehlten die Haare. Links war deutliche Facialisparese; ferner Lähmung der linken oberen und unteren Extremität zu gewahren. Die Wucherungen waren angeboren; die Lähmungen traten in der fünften Lebenswoche auf in Folge von epileptischen Krämpfen. Im fünften Monate veränderte sich das Bild der Krämpfe, indem es zu halbseitigen, links auftretenden Krämpfen kam. Interne Gaben von Brompräparaten und die Anwendung des constanten Stromes riefen Besserung hervor. Es handelt sich hier um einen rechtsseitigen angeborenen Hirndefect. Horovitz.

Kasanli (3) gelang es, in den von den Rändern der Areaflecke ausgezogenen Haaren einen eigenthümlichen Mikroorganismus zu entdecken, welcher die Ursache des Haarverlustes bei der Alopecia areata darstellen soll; Verfasser konnte stets denselben Mikroorganismus in Reinculturen auf Peptongelatine, Agar-Agar und Kartoffeln züchten. Dieser Mikroorganismus ist stäbchenförmig und sind seine Colonien aus der Reincultur theils reihenförmig parallel, theils ketten- und gruppenweise zusammengesetzt. Sein Längendurchmesser beträgt ungefähr zwei- bis dreimal die Breitendimension. Seine Sporen sind runde, gruppenweise und in Ketten angeordnete Körperchen. Szadek.

v. Kahlden (4) hat bei zwei Fällen von Morbus Addisonii eine genaue mikroskopische Untersuchung der Nebennieren und der Semilunarganglien ausgeführt und in ersteren, die zu käsig degenerirten Tumoren verändert waren, Tuberkelbacillen gefunden (wie schon früher Guttmann, Rauschenbach, Goldenblum), in den Plexus solares dagegen Pigmentatrophie der Ganglienzellen, hyaline Degeneration der Gefässwandungen, kleinzellige Infiltration der Adventitia und Bildung rundzelliger, meist circumscripter Herde, die mit den Gefässen im nachweisbaren Zusammenhange standen; gelegentlich waren kleine Blutungen vorhanden, einige Gefässe obturirt, ihre Wandungen verdickt. Die in der Peripherie des Ganglions gelegenen Nervenbündel, sowie der Splanchnicus verhielten sich anscheinend normal. Die beiden Fälle sind also wohl geeignet, die z. Z. herrschende Anschauung, dass die Addison'sche Krankheit vorzugsweise auf einer Veränderung der Semilunarganglien beruht, zu stützen. Auch die pigmentirte Oberhaut hat Verfasser einer sorgfältigen mikroskopischen Prüfung unterzogen und hier kommt er zu folgenden Schlüssen: „Die Pigmentablagerung bei Morb. Addisonii findet in den tieferen Schichten

des Rete Malpighi statt und in den diesem entsprechenden äusseren Lagen der Epithelzellen des Haarbalges. Das Pigment wird nicht in diesen Zellen selbst gebildet, sondern in der Cutis, und von dieser aus durch Wanderzellen an den Ort der Ablagerung transportirt. Jede Epithelzelle nimmt das Pigment von mehreren solchen Wanderzellen auf. Sowohl allgemein pathologische Gründe, wie das Lageverhältniss der Pigmentwanderzellen zu den Gefässen machen eine Abstammung des Pigments aus dem Blute wahrscheinlich. Diese Abstammung ist aber nicht auf eine Erkrankung der Gefässwand und noch weniger auf Hämorrhagien zu beziehen, da derartige Befunde nicht constant sind und wenn überhaupt vorhanden, wohl secundärer Natur sind. Eine genaue Untersuchung der Schleimhautpigmentirungen in weiter zur Beobachtung kommenden Fällen verspricht vielleicht weitern Aufschluss über die Beziehung des Pigments zum Blutfarbstoff zu geben."

H. Stern.

In dem von Brigidi und Marcacci (5) beschriebenen Falle von Xeroderma pigmentosum — derselbe betraf ein achtjähriges Mädchen — begann die Erkrankung im vierzehnten Lebensmonate der Patientin. Ausser den charakteristischen, theils schwärzlichen, theils bräunlichen Pigmentflecken, welche auf der Haut des Gesichtes, der Brust, des Nackens, der Vorderarme und Hände — die Handteller waren frei — localisirt waren, bestand ausgesprochene Xerodermie und kleienförmige Abschuppung der Epidermis. Neoplastische Knötchen fehlten, dagegen fanden sich an verschiedenen Stellen der Gesichtshaut hornartige Excrescenzen und einzelne oberflächliche Ulcerationen. Bei der mikroskopischen Untersuchung excidirter Hautstückchen liessen sich die verschiedenen Schichten der Epidermis deutlich unterscheiden und zwar sowohl dort, wo keine Pigmentanhäufungen vorhanden waren, als auch dort, wo sich reichliches Pigment vorfand. Letzteres wurde durch kleine braune oder schwarze Körnchen gebildet, welche im Innern der Epidermiszellen enthalten waren. Das Pigment ähnelte vollkommen jenem der melanotischen Neubildungen. Die Malpighi'schen Zellen der untersten Reihe zeigten an mehreren Stellen auffallend vergrösserte Kerne und eine dieselben umgebende lichte Zone, welche an das Bild des perinuclearen Hydrops erinnerte. An einzelnen dieser Zellen konnte man die Erscheinung der Karyokinese beobachten. Nicht wenige Wanderzellen sassen zwischen den einzelnen Zellreihen der Malpighi'schen Schicht, namentlich in den dem Corium zunächst liegenden Reihen. Der Papillarkörper war nicht stärker entwickelt als im Normalzustande. In einzelnen Papillen waren die Gefässschlingen deutlich sichtbar; einzelne davon waren erweitert, andere verengert oder durch das mächtig entwickelte Endothel vollkommen ausgefüllt. Auch in den unteren Schichten des Corium zeigten die Blutgefässe eine abnorm reichliche Entwickelung des Endothels. Nahe an der Basis der Papillen fanden sich da und dort im Papillarkörper verschieden geformte, mit Fortsätzen versehene, pigmentirte Zellen, die, was ihren Reichthum an schwarzen Pigmentkörnern anbelangt, mit den Zellen der Chorioidea Aehnlichkeit hatten. Die Haarbälge zeigten nichts Auffälliges, die Talgdrüsen waren atrophisch. Ein einer kleinen Incisionswunde entnommener Tropfen Blutplasma führte, auf Gelatineplatten verimpft, zur Entwickelung runder, aus Coccen bestehender Colonien. Inoculationsversuche, welche mit diesen Colonien an Meerschweinchen und Mäusen angestellt wurden, fielen negativ aus. Die Autoren nehmen an, dass die von ihnen gefundenen Mikroorganismen aus der umgebenden Luft stammten und zu der Krankheit selbst in keiner Beziehung standen. Dornig.

Schadewaldt (6). Ausführlicher Bericht über einen Fall von Sklerodermie unter Bezugnahme auf die bisher vorliegenden Beobachtungen. Die

mikroskopische Untersuchung der im Stadium atrophicum befindlichen Haut ergab elastische Fasern in reichlichem Masse, excessive Wucherung des Bindegewebes (stellenweise zwei besonders deutlich sich von der Umgebung abhebende Bindegewebsbündel parallel der Oberfläche der Epidermis durch das Corium sich erstreckend in einem Abstande von der Epidermis, der etwa der Dicke derselben entspricht), Leerheit der Gefässe und opakes Aussehen im Bereiche der Papillarschicht, Verdickung des Coriums, Verminderung der Dicke der Epidermis, Abflachung (eventuell mit Verdickung des oberen Endes) der Minderzahl der Papillen (Mehrzahl intact), reichliche Pigmentanhäufung im Rete Malpighii, der Cylinderzellenschicht, auch der äusseren Wurzelscheide der Haare (in geringer Menge im Cutisgewebe längs den Gefässen), normales Verhalten der Drüsen (geringe Anzahl derselben) und glatten Muskelfasern. Falkenheim.

Andeer (7) hat in einem Falle von narbigem Keloid des rechten Fussrückens, das sehr heftige Schmerzen verursachte und oft eine wochenlange Unterbrechung der Thätigkeit erforderte, ein Procent Resorcin-Cacaoblätter bis zum Aufhören aller Beschwerden angewendet. Andeer erwähnt auch, dass Nussbaum ähnliche Resultate bei Keloiden gesehen hat.
O. Rosenthal.

Jaja's (8) Abhandlung über die Pathogenese des Hautsarkoms gipfelt in dem Satze, dass den bei universeller Hautsarkomatose von Campana (vergl. diese Vierteljahresschr. 1886, pag. 316) nachgewiesenen krankhaften Veränderungen der Nerven nicht jene Bedeutung zukomme, welche denselben bei den neuropathischen Dermatosen im engeren Sinne zuerkannt werden müsse: bei diesen sei die Neuritis die bedingende Ursache, bei jener könne man sie nur als eine occasionelle, determinirende Ursache gelten lassen.
Dornig.

II.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** in Breslau.)

Gonorrhöe und deren Complicationen.

1. **Bumm.** Die Phagocytenlehre und der Gonococcus. — Ref. Münchener med. Wochenschr. 1889, Nr. 1 (aus den Verhandlungen der physikalisch-medicin. Gesellschaft zu Würzburg).
2. **Oberländer.** Ueber die praktische Bedeutung des Gonococcus. — „Berliner Klinik", Heft 5, 1888.
3. **Goldenberg.** Urinary Examination in localizing Gonorrhoea. — The Med. Record., 15. December 1888, Nr. 945.
4. **Du Castel** M. Blennorrhée, goutte militaire, uréthrite chronique antérieure et postérieure. — Gaz. des hôpit. 1888, Nr. 136.
5. **Fabry.** Ueber die gonorrhoische Schleimhautaffection beim Weibe. — Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 43.
6. **Di Bella** ed **Ingria.** Sulle blennorragie muliebri. — Gazz. degli ospitali 1888, Nr. 89—92.
7. **v. Dusch.** Ueber infectiöse Kolpitis kleiner Mädchen. — Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 41.
8. The nature and treatment of Gonorrhoea. — The Saint Louis Med. and Surg. Journ. 1888, Nr. 575.
9. Gonorrhoea in the female. — The Saint Louis Med. and Surg. Journ. 1888, Nr. 575.
10. **Cutler Condict** W. M. D. Gonorrhoeal infection of the mouth. — The New York Med. Journ., 10. November 1888.
11. **Du Castel** M. Blennorrhée et spermatorrhée. — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 1.
12. **Sendtner.** Zur Phosphaturie. — Münchener med. Wochenschr. 1888, Nr. 40.
13. **Dercum** F. H. A case of arthritic muscular atrophy of gonorrhoeal origin. — Med. News, 29. December 1888.
14. **White.** Gonorrhoeal Rheumatism. — Philadelphia Med. Times XIX., 15. November 1888, Nr. 545.
15. **Collinet.** Uréthrite chronique; Abscès de la prostate; Peritonite mortelle. — Arch. de méd. et pharm. milit., Juillet 1888; Ref. Ann. des mal. des org. gén.-urin. November 1888.
16. **Fort.** Rétrécissement de l'urèthre compliqué. — Gaz. des hôpit. 1888, Nr. 125.

17. **Dubuc**. Rétrécissement de l'urèthre avec accidents graves d'insuffisance rénale; guérison par l'uréthrotomie interne. — Union méd. 14. Juli 1888.
18. **Fenwick.** Stricturen der Urethra. — 56. Versammlung der Brit. Med. Associat. Ref. Wiener med. Wochenschr. 1888, Nr. 43.
19. **White.** Sur l'importance chirurgicale des rétrécissements de gros calibre de l'urèthre. — Ann. des mal. des org. gén.-urin. Novembre 1888.
20. **Clark.** A case of Catheter fever. — Brit. Med. Associat. in Glasgow, 7.—11. August 1888. Ref. Deutsche med. Ztg. 1888, Nr. 81.
21. **Burns Newton** J. Double testicular abscess consequent on urethral and prostatic irritation. — Brit. Med. Journ. 3. November 1888.
22. **Lavaux.** Ueber Antisepsis der Harnröhre und der Blase und über ihre Anwendung bei Behandlung von Harnröhrenstricturen. — Arch. gén. de méd., Novembre 1888.
23. **Barksdale** Dr. New method of treating ulcerated bladder with prostatic enlargement. — The Journ. of the Americ. Med. Associat. Chicago 1. December 1888.
24. **Newman** Robert. The curability of urethral stricture by electrolysis. — The Med. Record, 24. November 1888.
25. **Brown Tilden.** Die Indicationen für die Behandlung spasmodischer und organischer Harnröhrenstricturen mit Elektrolyse. — Journ. of cut. and gen.-urin. dis., August 1888.
26. **Bryce.** Electrolysis bei Behandlung der Harnröhrenstricturen. — Journ. of cut. and gen.-urin. dis., September 1888.
27. **Scharlam** C. H. Zur Casuistik der Urethrotomia externa. Inaug.-Dissertation, Breslau 1888.
28. **White.** A new Urethrotome for close strictures of the penile urethra. — The Med. Record, 1. December 1888, Nr. 943.
29. **Hartmann.** L'uréthrotomie interne. Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 2.
30. **Otis.** Recent improvements in endoscopic Apparatus. — New York Academy of Med., 12. November 1888. — Med. Record, 1. December 1888, Nr. 943.
31. **Finger.** Ueber einige neuere Antiblennorrhagica. — Internat. klin. Rundschau, Wien 1888.
32. **Lee** Elmer. A new Method of treatment of Diseases of the Urethra, Bladder, Uterus and rectum. Dry medication. Dry Syringe. — The Journ. of the Amer. Med. Associat. 1888, Nr. 24.
33. **Andhoui.** Injections uréthrales d'Antipyrine dans la blennorrhagie. — Gaz. des hôpit., 29. September 1888.
34. **Niesel.** Ueber die Anwendung der Kamphersäure bei Katarrhen verschiedener Schleimhäute. — Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 40.
35. **Du Castel** et **Critzmann.** Fluorwasserstoffsäure bei Gonorrhöe. — Ref. Progrès med. 1888, Nr. 47.
36. **Critzmann.** De l'emploi du naphthol dans la blennorrhagie. — La semaine méd. 1888, Nr. 50.
37. **Istamanoff** S. Ueber die Behandlung der infectiösen Urethritis mittelst der Thallin-Antrophore. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 24.
38. **Gundrum** F. Pichi in gonorrhoeal prostato-cystitis. — The Therap. Gaz., 15. September 1888, Nr. 9.
39. **Bertholle.** De l'emploi des lavements de vessie dans la cystite douloureuse. — Rev. gén. de clin. et de thérap., 30. August 1888.
40. **Debout.** D'un nouveau traitement de l'orchite blennorrhagique par la solution de Nitrate d'argent, au centième. — Bullet. de la société de méd. de Rouen, 1887.
41. **Bazy.** Potion contre l'orchite blennorrhagique. — Ref. La semaine méd. 1888, Nr. 2.

42. **Stern** E. Ein neues Suspensorium. — Illustr. Monatsschr. der ärztl. Polytechnik, November 1888, X. Jahrg., 11. Heft.

Nach kritischer Würdigung des heutigen Standes unserer Kenntnisse der Phagocytenlehre erklärt Bumm (1), dass nach seinen Untersuchungen der Erreger der Gonorrhöe keineswegs im Stande sei, als Stütze der Metschnikoff'schen Theorie betrachtet zu werden. Im Gegentheile würde der Gonococcus nicht von weissen Blutzellen gefressen, sondern dringe selbst in diese ein, vermehre sich activ in denselben und bringe die befallenen Zellen schliesslich zum Platzen. Die in den weissen Blutzellen so häufig zu beobachtenden Coccen seien aber keineswegs abgestorben, sondern durchaus lebensfähig. Die Heilung der gonorrhoischen Entzündung erfolge wenigstens an der Conjunctiva dadurch, dass das verlorengehende Cylinderepithel für kurze Zeit durch nachfolgendes gegen die Oberfläche hin verhornendes Plattenepithel ersetzt werde und die Gonococcen nicht in das Pflasterepithel einzudringen vermöchten.

Der Aufsatz Oberländer's (2) bringt nur eine Zusammenstellung der in der Literatur zerstreuten Bemerkungen gegen die Bedeutung der Gonococcen und eine Anzahl daraus abgeleiteter Schlüsse; — das Resumé dieser Erörterungen läuft hinaus auf eine kurze Recapitulation der den Lesern dieser Vierteljahresschrift geläufigen Anschauungen des Verfassers über die chronische Urethritis und über die Bedeutung der Endoskopie. Aus dem Literatur-Resumé schliesst Oberländer: 1. „Entgegen der Annahme aus der ersten Zeit nach Entdeckung des Gonococcus darf man die gonorrhoische Natur des Leidens nicht ausschliessen, wenn man auch längere Zeit hindurch keine Gonococcen im Secret hat nachweisen können"; — dieser Satz ist in seiner Allgemeinheit gar nicht zu bestreiten; in jedem Falle, auch bei dem Tuberkelbacillus mit seiner „bevorzugten Stellung" ist es sehr schwer, nach „längerer Zeit" (ein etwas unbestimmter Begriff!) ein sicheres negatives Urtheil auszusprechen. — 2. Es können eitrige Ausflüsse der Genitalorgane auch durch pseudogonorrhoische und Infectionen mit anderen pathogenen Bacterien entstehen; — Beweismaterial: a) die Bockhart'schen Fälle von Pseudogonorrhöe, bei der aber Bockhart die ausserordentliche — auch morphologische — Verschiedenheit seiner Bacterien vom echten Gonococcus von vornherein betont hat, und die jedenfalls eine sehr seltene Affection darstellen muss, da sie trotz regelmässigster Untersuchung an der Breslauer Klinik noch niemals constatirt worden ist; — b) die Fränkel'sche infectiöse Kolpitis, über welche die Acten noch keineswegs geschlossen sind (cf. u. A. v. Dusch). Nicht erschüttert wird durch diese Sätze der positive Werth eines sicheren und von sachverständiger Seite gemachten Gonococcenbefundes.

Goldenberg (3) setzt in kurzen Worten die Bedeutung der Urethritis anterior und posterior, auf welche in Amerika bisher wenig geachtet worden ist, im Anschlusse an die deutschen und französischen Autoren auseinander und bespricht die „Zwei-Gläser-Probe", welcher er — und sehr mit Recht — einen entscheidenden Werth nur in einer verhältnissmässig unbedeutenden Zahl von Fällen beimisst; namentlich bei allen chronischen Urethritiden mit geringer Absonderung vermag sie sichere Resultate nicht zu geben. Man muss in diesen Fällen die Urethra anterior ausspülen, und Goldenberg beschreibt, wie er das bewerkstelligt; seine Methode unterscheidet sich in nichts von der auch in Deutschland üblichen Ausspülung mit weichem Katheter. Bezüglich der Therapie des acuten Trippers steht auch er, wie so viele Autoren auch der jüngsten Zeit, auf dem Stand-

punkte des „Noli me tangere“, der ausschliesslich hygienischen und diätetischen Behandlung. Jadassohn.

Es ist ganz aussergewöhnlich, sagt Du Castel (4) — dass eine Gonorrhöe, die erst seit kurzer Zeit bestanden hat, keine Tendenz zur Heilung zeigt. Andererseits kommt es oft vor, dass die Besserung plötzlich innehält und die Erkrankung sich unter der Form eines mehr oder weniger reichlichen Ausflusses in die Länge zieht. Als Ursache hierfür wird ungeeignete Lebensweise, irrationelle Behandlung, schlechter Allgemeinzustand und Sorglosigkeit des Patienten angegeben. An der Hand einiger historischer Beispiele zeigt der Verfasser, wie andauernd und hartnäckig die Erkrankung oft werden kann. Als Hauptsymptom der chronischen Gonorrhöe in ihren verschiedensten Abstufungen gilt der schleimig-eitrige Ausfluss aus der Harnröhre, nachdem der Kranke längere Zeit keinen Harn gelassen hat. Die Menge kann ja nun eine verschiedene sein, je nach der Ausdehnung und Localisation der Gonorrhöe und nach sonst vorausgegangenen Excessen. In den leichtesten Fällen zeigt sich, nachdem die Harnröhre längere Zeit in Ruhe gewesen ist, am Ausgange derselben ein kleiner Tropfen, der keine weiteren subjectiven Empfindungen veranlasst. In anderen Fällen geht mit der Defäcation oder beim Uriniren schleimiges Secret ab, das man namentlich im Morgenurin in Gestalt von Flocken oder Fäden herumschwimmen sieht, ja es kommt zuweilen zu einer kleinen Ejaculation von Secret, womit jedoch keine wollüstige Empfindung verbunden ist. Diese Verschiedenheit der Symptome wird bedingt durch die Localisation ob im vorderen oder hinteren Theile der Harnröhre. Bis vor kurzer Zeit hielt man hauptsächlich die Urethra posterior für den Sitz der chronischen Gonorrhöe, aber nach den Erfahrungen von Guyon und Jamin ist gerade der vordere Theil am meisten betheiligt. Jamin ist bei seinen 103 Beobachtungen nur dreiundzwanzigmal einer Urethritis posterior, die meistens mit einer anterior verbunden war, begegnet. Dieses erklärt auch die Thatsache des Auftretens des einzelnen Tropfens bei einer Urethritis posterior. Denn ohne Anwendung von Gewalt würde das Secret, welches sich bei letzterer hinter dem Sphincter urethrae ansammelt, diesen Muskel nicht überschreiten können, daher auch der Abgang von Secret bei den Anstrengungen der Defäcation und beim Uriniren, daher auch zuweilen die Ejaculation. Als besonderes Zeichen für eine Urethritis posterior sieht der Verfasser den häufigeren Drang zum Urinlassen an, den er erklärt durch die Verklebung der Theile der Harnröhre am Blasenhalse. Zum Schlusse kommt der Verfasser noch einmal darauf zurück, dass der Unterschied der Symptome bei einer Urethritis anterior und posterior bedingt wird durch den Musculus sphincter urethrae. Hilgenstock.

Fabry (5) hat die von den Angaben früherer Autoren abweichenden Ergebnisse der Untersuchungen Steinschneider's, denen zu Folge der Sitz der gonorrhoischen Erkrankung bei Weitem in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in der Urethra zu suchen sei, während der Cervix uteri wohl in vielen, doch bei Weitem nicht in allen Fällen die Gonococcen beherberge, einer Prüfung unterzogen. Fabry untersuchte in ähnlicher Weise, wie Steinschneider, das Secret der Urethra und des Cervix, theilweise auch der Bartholini'schen Drüsen bei 55 Patientinnen, wobei auch er die Anwesenheit von Gonococcen nur dann als feststehend annahm, wenn er sie in den charakteristischen, in Zellen eingeschlossenen Häufchen gefunden hatte. Von den untersuchten 55 Patientinnen hatten nur 38 mehr oder weniger frische Gonorrhöe. Von diesen 38 Patientinnen wiesen 16 in Urethra und Cervix, 20 in der Urethra allein, 2 im Cervix (somit 36 in der Urethra gegen 18 im Cervix) Gonococcen auf. Indem Fabry die Ueber-

einstimmung seiner Resultate mit den Resultaten Steinschneider's constatirt, zieht er folgende Schlüsse: Die Urethra ist am häufigsten der Sitz der gonorrhoischen Erkrankung beim Weibe. Die Gonorrhöe der Cervicalschleimhaut, das am häufigsten beobachtete Symptom der gonorrhoischen Erkrankung beim Weibe, lässt sich durch den Nachweis der Gonococcen im Secret am sichersten von dem benignen Ausfluss scheiden. Im Secrete des Cervix scheinen die Gonococcen schwerer nachweisbar zu sein.

Steinschneider.

An der Hand eines Beobachtungsmaterials von 276 Fällen suchen Di Bella und Ingria (6) den Nachweis zu liefern, dass die Urethritis die häufigste blennorrhagische Affection des Weibes sei; ihr zunächst kommt die blennorrhagische Metritis, während die Vaginitis erst in dritter Reihe steht. Ferner constatiren die Autoren im Gegensatz zu der Behauptung anderer Beobachter das Vorkommen einer primären, uncomplicirten blennorrhagischen Bartholinitis, obwohl sie zugeben, dass dies eine relativ seltene Erkrankung sei. Die Möglichkeit der Bildung von Vulvo-Vaginal- und von Vulvo-Rectalfisteln als Ausgang einer blennorrhagischen Bartholinitis nehmen die Autoren gegenüber der gegentheiligen Behauptung Huguier's ebenfalls an. Dornig.

v. Dusch (7) behandelte im Heidelberger Kinderhospitale von 1886 bis 1888 19 kleine Mädchen im Alter von anderthalb bis zwölf Jahren an einem infectiösen Katarrh der Scheide und Vulva, den er für gonorrhoischer Natur hält. In dem secernirten Eiter fand er nämlich beständig den Neisser'schen Gonococcus, wie auch in dreien Fällen nachgewiesen werden konnte, dass der Vater, respective beide Eltern an Gonorrhöe litten. Diese Affection ist in hohem Grade infectiös, wie eine Hausepidemie von neun Fällen im Heidelberger Kinderhospitale beweist. Mit Vorliebe wurden hier solche Kinder befallen, welche an Scarlatina erkrankt waren oder dieselbe kurz zuvor überstanden hatten, und diese Beobachtung stimmt überein mit der von Eugen Fränkel, welcher auf der Kinderabtheilung des Hamburger allgemeinen Krankenhauses 1881 — 1884 ebenfalls eine Endemie infectiöser Kolpitis sah. — Die erkrankten Kinder müssen isolirt werden, und die Scheide ist mit energisch wirkenden, antiparasitären Lösungen auszuspülen. Doch widersteht die Kolpitis der Behandlung sehr hartnäckig. Von den neunzehn Fällen v. Dusch's wurden nur neun völlig geheilt; bei diesen schwankte die Behandlungsdauer von drei bis zehn Wochen und betrug im Mittel sieben Wochen. Sternthal.

Cutler (10) beschreibt einen Fall von Gonorrhöe des Mundes, hervorgerufen dadurch, dass die Patientin den Penis eines an acuter Gonorrhöe leidenden Seemannes verschiedene Male in den Mund genommen hatte. Schon am nächsten Morgen war der Mund rauh und trocken, der Speichel hatte einen ekelhaften Geschmack. Am zweiten Tage traten kleine Geschwüre an den Lippen auf. Am dritten Tage fing das Zahnfleisch und die Zunge an anzuschwellen und Schmerzen zu verursachen, am fünften war die ganze Innenseite des Mundes so entzündet, dass Patientin nicht mehr essen konnte und eine weissliche mit Blut gemischte Flüssigkeit von ekelhaftem Geruch und Geschmack secernirt wurde. Bei der ärztlichen Untersuchung waren die Lippen aufgesprungen und mit Bläschen in allen Stadien der Entwickelung bedeckt. Die Schleimhaut der Lippen und Wangen war verdickt, geröthet, stellenweise von Epithel entblösst, mit einer Pseudomembran bedeckt, welche nach ihrer leicht auszuführenden Entfernung eine excoriirte Fläche zurückliess. Das Zahnfleisch war geschwollen und von den Zähnen abgelöst und blutete leicht auf Druck. Die Zunge war geschwollen, sehr druckempfindlich und konnte nur langsam und unter grossen Schmerzen

herausgestreckt werden. Ihre rothe und glänzende Oberfläche zeigte hie und da kleine oberflächliche Geschwüre, welche einen dicken, gelben Eiter secernirten. Der weiche Gaumen und die vorderen Gaumenbögen waren ebenfalls entzündet, hinter letzteren jedoch die Schleimhaut normal. Der Athem war äusserst unangenehm, die Salivation gering. Das Secret des Mundes bestand hauptsächlich aus Schleim, Eiter- und Epithelzellen, ausserdem enthielt es eine grosse Menge von Bacterien. Die Pseudomembran enthielt den Gonococcen ähnliche Mikroorganismen, indessen konnte ihre Identität nicht sicher festgestellt werden. Therapie: Locale Application von Glycerin und Bismuthum subnitricum; daneben Ausspülungen des Mundes mit Kali chloricum. Zeising.

Du Castel (11) unterscheidet ebenso wie Lasègue zwei Arten von Spermatorrhöen, „la variété chirurgicale" und „la variété médicale". Die erstere ist die Folge einer entzündlichen Affection der Urinwege, es besteht ein subacuter Reizungszustand derselben, und dieser liefert das schleimig-eitrige Secret, welches die Urethritis posterior und die chronische Prostatitis begleitet. Sind auch die Samencanälchen und die Samenbläschen ergriffen, so ist, namentlich Nachts, gewöhnlich Samenflüssigkeit dem Secrete beigemengt. Anders die zweite Art. Die Kranken dieser Classe sind meistens nervöse Individuen, bei welchen eine übertriebene Reizbarkeit leichte Samenergüsse herbeiführt, welche der Kranke in seiner Erregbarkeit und Hypochondrie überschätzt. Vollständig zu trennen von diesen Kranken sind solche, welche ihren „goutte militaire", die Tripperfäden im Urin, oder das Secret ihrer Urethritis posterior für Spermatorrhöe halten. Galewsky.

Sendtner (12) erhebt gegen die Finger'sche Deutung des als Phosphaturie bekannten Symptomencomplexes, welchen er kurz schildert, einige Bedenken; Finger hatte angenommen, dass es sich um einen geringen Säuregehalt des Urins handle, demzufolge die Phosphate nicht in Lösung gehalten werden können. Nun hat Sendtner den Urin eines an Phosphaturie leidenden Patienten untersuchen lassen und darin weit mehr Kalk gefunden, als der Norm entspricht (auf 1 Kilogramm Körpergewicht 10·10 Milligramm Ca O täglich gegenüber der normalen Menge von durchschnittlich 2·94). Sendtner glaubt also, dass es sich in der That um eine vermehrte Kalkausscheidung handle, und denkt daran, diese durch eine „durch die Coccen verursachte Coagulationsnekrose von Zellen" zu erklären, „wie sie Litten im Bereiche der Knäuelgefässe und Harncanälchen bei Diphtherie beobachtete". Der Verfasser gibt selbst zu, dass sein Material zur Entscheidung der Frage zu gering ist — sicher zu gering, um eine so kühne Hypothese aufzustellen. Jadassohn.

Dercum (13) berichtet über einen Fall von Muskelatrophie nach gonorrhoischer Gelenkentzündung. Drei Wochen nach Auftreten der Gonorrhöe stellte sich unter grossen Schmerzen eine Anschwellung des rechten Ellbogengelenkes, acht Tage später des rechten Knies, dann in kurzen Zwischenräumen des linken Knies, beider Schultergelenke und der Gelenke des linken Armes ein. Vier Wochen nach Auftreten der Gelenkerkrankungen zeigte sich ein allmälig zunehmender Schwund der Musculatur des rechten Oberarmes, bald auch des anderen Armes und der Beine. Nachdem Patient acht Wochen das Bett gehütet, war die Muskelschwäche der Beine so gross, dass er erst allmälig wieder gehen lernte. Der Gebrauch der Arme war in noch höherem Grade behindert. Die Untersuchung ergab, dass alle Muskeln der oberen und unteren Extremitäten, sowie einige des Rückens symmetrisch erkrankt waren. Am meisten trat die Atrophie an den Schulter- und Oberarmmuskeln hervor. Die Gesichtsmuskeln waren intact. Fibrilläre Zuckungen

liessen sich in verschiedenen Stellungen beobachten. Die myotatische Irritabilität zeigte keine Aenderung. Qualitative Veränderungen liessen sich durch Elektricität nicht nachweisen. Geringe Verminderung war für beide Ströme vorhanden. Patient befand sich nach seinen eigenen Angaben, auch was die Gebrauchsfähigkeit der Arme anbetraf, bereits auf dem Wege der Besserung.

Zeising.

White (14) stellte einen Fall von gonorrhoischem Gelenkrheumatismus bei einer Frau vor und knüpfte daran einige allgemeine Bemerkungen, von denen nur die therapeutischen hervorgehoben werden müssten. Verfasser behandelt die gonorrhoische Arthritis während des acuten Stadiums mit grossen Dosen Chinin, später mit kleinen Gaben Sublimat und zugleich mit Ruhigstellung des Gelenks und will von dieser Therapie die besten Erfolge gesehen haben.

Bei dem Patienten Collinet's (15), einem fünfundzwanzigjährigen tonkinesischen Schützen, handelte es sich um eine seit langer Zeit bestehende Urethritis, welche zu einer colossalen Vereiterung der Prostata geführt hatte. Vor der Aufnahme hatte der Patient drei Tage keinen Urin lassen können, die Blase stand in Nabelhöhe, der Katheter drang in eine durch die Abscedirung der Prostata gebildete Höhle, aus der sich 1 Liter Urin mit Blut, Eiter und Gasen entleerte, und konnte nicht in die Blase eingeführt werden. Dies gelang auch während der acht Tage nicht, welche bis zum Tode des Patienten trotz der schweren örtlichen Veränderungen in scheinbarem Wohlbefinden vergingen. Die Section ergab: An Stelle der Prostata eine sehr grosse Caverne, in welche die Pars membranacea einerseits, die Blase andererseits einmündeten; die Blase sehr ausgedehnt, ihre Wand verdickt, eitrig infiltrirt; allgemeine Peritonitis, die schon seit mehreren Tagen bestehen musste; starke Phlegmone in den Muskeln der Bauchwand und dem subperitonealen Gewebe. Jadassohn.

Fort (16) berichtet die Heilung einer Strictur bei einem Patienten, der die Beschwerden der Strictur über zehn Jahre ertragen. Unter heftigen Allgemeinerscheinungen erkrankt, wurde der Patient ins Krankenhaus aufgenommen, und hier die Strictur als die Ursache der Erkrankung erkannt. Fort beseitigte die Strictur mittelst Elektrolyse in einer Sitzung in einem Zeitraume von $2^1/_2$ Minuten völlig schmerzlos. Nach Beendigung der Operation liess sich durch die vorher fadenförmige Strictur eine Bougie 18 leicht durchführen. Die Allgemeinerscheinungen, Fieber, Lendenschmerz waren mit einem Schlage beseitigt. Der Urin wurde klar und konnte im Strahl entleert werden. Bei einer wenige Wochen post operationem vorgenommenen Untersuchung war die Urethra für Bougie 18 gut durchgängig.

Stein.

Als der Patient Dubuc's (17) untersucht wurde, gelang es nur, eine Bougie 7 mit gewundener Spitze durch die am stärksten verengte Partie am Bulbus durchzuführen; diese blieb eine Nacht liegen, darauf geringes Fieber und hochgradige Störung des Allgemeinbefindens, Anämie, Kräfteverfall, Dyspnöe und Präcordialangst ohne nachweisbare Organerkrankungen, dabei der Urin sehr spärlich, sehr concentrirt; kein Blut, keine Cylinder, Eiterkörperchen und Bacterien; die Nieren auf Druck empfindlich und etwas vergrössert. Nach zwölf Tagen — unter Chinin, Milchdiät, Schröpfköpfen und Sinapismen — Besserung; Urethrotomia interna; nach Entfernung der Bougie zwei Tage lang ähnliche Störungen, wie oben beschrieben, aber weniger beträchtlich; wiederum Druckempfindlichkeit der Nieren; kein Fieber. Darnach vollständige Genesung; Entlassung mit einer Bougie Nr. 23. Dubuc glaubt die auffallende Störung des Allgemeinbefindens nicht auf eine „Absorption des Urins" zurückführen zu können, denn die Bougie sei ohne

Gewaltanwendung eingedrungen, habe keine Blutung hervorgerufen, und die Temperatur sei für ein „Urinfieber“ zu niedrig gewesen. Dagegen meint er annehmen zu dürfen: es sei durch die Einführung des Instrumentes reflectorisch eine Congestion der Nieren eingetreten, diese habe das Fieber, das Fieber eine erhöhte Ansammlung von Stoffwechselproducten erzeugt; für die Fortschaffung derselben hätten die congestionirten und überdies, wie bei Stricturkranken häufig, interstitiell veränderten Nieren nicht ausgereicht — daher die Anhäufung von Stoffwechselproducten im Organismus und die Urämie-ähnlichen Symptome. Ob diese hypothesenreiche Deduction bei der Unzulänglichkeit unserer Kenntnisse von der Pathogenese des Urinfiebers gläubige Anhänger finden wird, muss dahingestellt bleiben.

Fenwick (18) hat im Laufe von vier Jahren 550 Patienten (meist im Alter von zwanzig bis vierzig Jahren) mit Stricturen behandelt; die einfachen Stricturen waren etwa doppelt so häufig, als die mehrfachen (275 : 148); die grösste Sterblichkeit (25 Procent) betraf Patienten zwischen einundvierzig und sechzig Jahren. Was die Therapie angeht, so hat die Elektrolyse keine befriedigenden, die allmälige Dilatation die besten Erfolge gegeben; auf sechzig Fälle von interner Urethrotomie kam ein Exitus letalis. Zwanzig Patienten hatten Perinealfisteln, neun litten an Steinen, die hinter der Strictur eingeklemmt waren, in einem Falle war die Strictur die Folge einer Fractur des erigirten Penis.

White (19) beschäftigt sich in einem längeren Aufsatze mit der Bedeutung der „weiten Stricturen“, die in der neueren Literatur über die chronische Gonorrhöe seit den Publicationen von Otis eine so grosse Rolle spielen. Er schildert die Pathogenese und die Wirkungen dieser Stricturen wesentlich im Anschlusse an die Anschauungen, welche Otis ausgesprochen hat, in logisch durchdachter, scheinbar sehr einfacher Weise: Die chronische Gonorrhöe bedingt an irgend einer Stelle der Urethra eine Hypertrophie des submucösen Bindegewebes, erhöht dadurch auf der einen Seite die Reibung beim Passiren des Urinstrahles, auf der anderen Seite den Widerstand, welchen die Blasenmusculatur normaler Weise zu überwinden hat, und steigert so die Häufigkeit der Mictionen; zugleich wird durch das Infiltrat der normale Verschluss der Harnröhre unvollkommen, die Urethralmusculatur betheiligt sich direct oder indirect an der Erkrankung, die Entleerung der letzten Urintropfen wird verzögert, diese letzteren erhöhen den katarrhalischen Reizzustand der Urethralschleimhaut, irradiirende Schmerzen in anderen Organen kommen leicht hinzu. Dass die Otis'sche Aufstellung für die Therapie bedeutungsvolle Consequenzen nach sich zieht, und dass sie in vielen Fällen die Therapie auf den richtigen Weg leitet, das kann im Allgemeinen wenigstens gewiss nicht bestritten werden. Die von White publicirten Fälle scheinen es zu beweisen; ich führe einzelne derselben an, um zu zeigen, für wie gross die therapeutische Macht der Dilatation mit den stärksten Bougies (über Nr. 30) gehalten wird: Ein seit drei Jahren an beträchtlicher Albuminurie (mit Eiterkörperchen und Schleimsediment) leidender Patient wird durch die Erweiterung zweier weiter Stricturen innerhalb vierzehn Tage von seiner Albuminurie geheilt (Erklärung?). — Ein fünfundvierzigjähriger Mann leidet an Impotenz, in Folge von unvollständiger und vorzeitiger Erection; bisher mit Bougie Nr. 30 erfolglos behandelt, geheilt durch methodische Einführung von Bougie Nr. 31 nach wenigen Wochen. — Ein achtundvierzigjähriger Mann, seit Kurzem verheiratet, ebenfalls impotent, ebenfalls mit Dilatation (Nr. 28) vergebens behandelt, geheilt nach zehn Tagen durch Nr. 30. — Ein dreissigjähriger Geschäftsreisender klagte über alle zwei bis drei Stunden sehr plötzlich eintretenden und unüberwindbaren Harndrang; vergeblich mit

Nr. 30 behandelt, mit Nr. 31 in einer Woche geheilt. — Man sieht aus diesen letzten Fällen, in denen übrigens eine weite Strictur objectiv nicht nachgewiesen war, eine wie grosse Bedeutung White geringen Dickenunterschieden der zur Dilatation benutzten Instrumente beimisst, und dass er sie als letztes Mittel auch da anwendet, wo eine stricte Indication nicht vorliegt; dass gerade bei Affectionen, welche auf das neurasthenische Gebiet überspielen, plötzliche und scheinbar unerklärliche Heilerfolge häufig vorkommen, erwähnt er freilich nicht. — Durch den Sectionsbefund interessant ist noch folgender Fall: Ein Patient, bei dem ganz zufällig — ohne dass er über Urinbeschwerden klagte — eine Strictur kurz hinter dem Orificium externum und eine zweite am Ende der Pars spongiosa (für Nr. 28, resp. Nr. 26 permeabel) gefunden wurde, starb an einer intercurrenten Krankheit. Trotz der Weite der Stricturen fand sich eine starke Dilatation und Hypertrophie der Blase, geringe Dilatation der Ureteren; die Nieren gesund. — Gewiss ergeben solche Fälle die Berechtigung, die wirklichen weiten Stricturen energisch zu behandeln.

Clark (20) berichtet über einen Fall von Urethralfieber, welches nach dem Einführen eines mit Carbolöl bestrichenen Katheters bei einem an Oxalurie und Reizbarkeit der Blase leidenden Patienten entstanden war; der Urin wurde trübe und eiweisshältig; unter einem Schüttelfrost stellte sich ein sehr bedrohlich erscheinender Zustand ein, den aber der Verfasser nicht auf eine Infection, sondern auf locale Reizung, dadurch ausgelöste „Reflexabsonderungen“ und Ueberladung des Blutes mit Auswurfsstoffen zurückführt. Dass dieser Fall geeignet wäre, über die Genese des Urethralfiebers — Infection oder nervöse Störung? — Licht zu verschaffen, kann nicht wohl behauptet werden. Jadassohn.

Burns (21) hat nach Reizung der Urethra und Prostata durch häufiges Katheterisiren einen doppelseitigen Hodenabscess beobachtet. Ein mit starken Urinbeschwerden einhergehender Blasenkatarrh bei einem zweiundsiebzigjährigen Manne hatte Burns veranlasst, denselben zuerst täglich selbst zu katheterisiren und die Blase mit antiseptischer Flüssigkeit auszuspülen, später den Patienten selbst zweimal täglich den Urin mit einem Hartgummikatheter entleeren zu lassen. Während Anfangs die Prostata vergrössert und empfindlich gewesen war, nahm später die Schwellung und Schmerzhaftigkeit ab, die Blasenbeschwerden liessen nach. Vier Wochen nach Beginn der Behandlung schwoll plötzlich der linke Testikel in der Gegend der Epididymis an und wurde heiss und empfindlich; es kam im weiteren Verlaufe zu einer Infiltration des umgebenden Gewebes. Die nach einiger Zeit vorgenommene Incision entleerte Eiter und schwarzes Blut, dennoch trat in kurzer Zeit Heilung ein. Sechs Wochen später erkrankte der rechte Hoden in derselben Weise. Auch hier baldige Heilung nach Incision.

Zeising.

Lavaux (22) hat, von der Ansicht ausgehend, dass bei Behandlung von Harnröhren- und Blasenleiden es nicht genüge, aseptisch vorzugehen, ein directes antiseptisches Verfahren angegeben, welches darin besteht, dass der vordere Theil der Harnröhre, wie auch die Blase (letztere ohne Sonde) einer dauernden Bespülung (lavage continu) mit einer auf 40° erwärmten gesättigten Lösung von Borsäure unterzogen werde. Die Art und Weise, wie er diese Bespülung vornimmt, beschreibt er nicht, da er dieses schon an anderer Stelle gethan habe. Er berichtet nur, wie er die verschiedensten Formen von Harnröhrenstricturen behandelt und dabei die temporäre, wie die permanente Dilatation, die Zerreissung (Divulsion), wie die interne Urethrotomie mit seinem Bespülungsverfahren in sehr vortheilhafter Weise combinirt habe. Aus seinen Erfahrungen zieht er die folgenden, durch zwölf Kranken-

geschichten unterstützten Schlüsse. Die dauernde Bespülung der Urethra anterior und die intravesicalen Einspritzungen ohne Sonde stellen eine einfache und ungefährliche Methode einer vollständigen Antisepsis der Urethra und der Blase dar. Diese Methode lässt sich bei der Behandlung der Mehrzahl der Harnröhrenstricturen anwenden. Dank dieser vollständigen Antisepsis und der antiphlogistischen Wirkung der warmen intravesicalen Einspritzungen ohne Sonde sind die durch die gewaltsame Dilatation bedingten Begleiterscheinungen jetzt sehr selten. Bei der Behandlung der einfachen und leicht zu erweiternden Stricturen solle die gewaltsame Erweiterung im Allgemeinen an Stelle der langsamen, zeitweiligen Erweiterung treten. Die ohne Sonde ausgeführten intravesicalen Einspritzungen genügen, um die Urethra erweitert zu erhalten. Die Anzeigen für die innere Urethrotomie werden sehr eingeengt. Die dauernde Bespülung der Urethra anterior und die Injectionen in die Blase ohne Sonde vermögen, indem sie eine vollständige Antisepsis der Urethra und der Blase gestatten, die Zerreissung und die innere Urethrotomie weniger ernsthaft erscheinen zu lassen.

Steinschneider.

Barksdale (23) empfiehlt zur Behandlung von Ulcerationen in der Blase mit Prostatavergrösserung häufige Irrigationen mit warmem Salzwasser, in welchem Jodoform suspendirt ist. Dazu eignet sich besonders eine Y-förmige Röhre von 5″ (engl.) Länge, deren einen kurzen Arm man mit einer Spritze, den anderen dagegen mit einem Gummirohr verbindet, während der lange Arm an dem Katheter befestigt wird. Zeising.

Newman (24) erwidert dem Dr. Keyes, welcher in The New York Medical Journal am 6. October 1888 auf Grund seiner Versuche die Heilbarkeit der Urethralstricturen durch die von Newman angegebene elektrolytische Behandlung bestritten und namentlich hervorgehoben hatte, dass auch ein von ihm an Dr. Newman zur Behandlung gesandter Fall ungeheilt geblieben sei, dass 1. die Behandlung dieses letzteren Falles ihm vorzeitig entzogen worden sei; 2. wenn auch Dr. Keyes mit der elektrolytischen Methode nichts erreicht habe, so doch zahlreiche glaubwürdige Männer (es folgen Namen) in den Vereinigten Staaten, Grossbritannien, Canada, Australien u. s. w. hunderte, ja tausende von Stricturen auf diese Weise geheilt hätten. Zeising.

Am Schluss seiner ausgedehnten, auf reicher Literaturkenntniss und Kritik basirten Abhandlung kommt Brown (25) zu der Ueberzeugung, dass Elektrolyse bei organischen Stricturen nur insoweit einen Effect habe, als das Instrument dilatirend einwirkt. Als Indicationen für elektrolytische Behandlung stellt er auf: a) spastische Stricturen, wo der elektrische Strom durch Beruhigung der Nerven oder Erschlaffung der Muskeln Besserung bringt; b) Epithelialverdickungen bei sonst normalem Caliber der Harnröhre. c) Jene dunklen Fälle von häufigem schmerzhaften Harndrang, in denen entzündliche Erscheinungen fehlen. Finger.

Bryce (26) widerspricht der Ansicht Brown's von der Nutzlosigkeit der Elektrolyse bei organischen Stricturen und bringt zum Beweis des guten Erfolges derselben die Geschichte eines Falles einer langen und engen Strictur der Paris membranacea, die von acutem Blasenkatarrh gefolgt war. Zweimonatliche Behandlung, ausschliesslich mit Elektrolyse stellte das ursprüngliche Kaliber der Harnröhre wieder her. Der Fall verlief 1883 und bis 1. Juni 1888 kein Recidiv. Verf. tritt nach dieser und zahlreichen ähnlichen Erfahrungen für Anwendung der Elektrolyse bei Behandlung organischer Stricturen ein. Finger.

Die Arbeit von Scharlam (27) enthält auf Grund eines casuistischen Beitrages den Nachweis der fast absoluten Ungefährlichkeit der Urethrotomia externa, vorausgesetzt, dass sie frühzeitig vorgenommen wird und eine warme Empfehlung ihrer Anwendung auch bei weniger schwierigen Fällen. Die Urethrotomia interna verwirft Verfasser ganz. Bei der Nachbehandlung der Boutonnière tritt er für die Verweilkatheterbehandlung ein und schlägt einen von ihm construirten Katheter vor. Sein Verweilkatheter ist eine Art cathètre à double courant, dessen äussere Hülse mit sehr vielen Fenstern versehen und dessen inneres Rohr, durch welches die Spülflüssigkeit in die Blase gelangt, in den äusseren so befestigt ist, dass die Abstände beider überall die gleichen sind. Bringe man die Spülflüssigkeit vermittelst eines solchen Katheters in die Blase, so spüle sie bei ihrem Zurückfliessen die Wunde der Urethra, da die Fensterlücken in der Substanz der Hülse durch Harnröhrenschleimhaut gedeckt werden. Zu einer Stagnation der Wundsecrete, wie in dem Spaltraum zwischen dem sonst üblichen Katheter und der Harnröhrenwand komme es bei diesem Katheter nicht, indem er durch die Fenster gewissermassen als Drainrohr die Secrete nach aussen leite, weswegen auch ein vorzeitiger Verschluss der Operationswunde am Perineum nicht zu fürchten sei. Schliesslich hält Verfasser die den Patienten oft so schwächenden protrahirten Bäder bei seinem Katheter für entbehrlich, weil durch ihn die Irrigation der inneren Wunde gerade so gut ermöglicht sei, wie die der äusseren und somit nach Bedürfniss vorgenommen werden könne.

White (28) beschreibt zwei neue Instrumente für die interne Urethrotomie, von denen das eine namentlich für sehr enge Stricturen bestimmt ist; bei diesem ist der sonst häufig sehr störende Umstand, dass man gesunde Schleimhautgewebe mit durchschneidet, dadurch vermieden, dass das Instrument von hinten nach vorne schneidet; es ist mit einer filiformen Bougie versehen. Das zweite ist dem Otis'schen „Dilating Urethrotome" nachgebildet. Die Details der Beschreibung müssen im Original nachgesehen werden.

Jadassohn.

Hartmann (29). Die Anwendung der Uréthrotomie interne bei Behandlungen von Harnröhrenstricturen ist bereits eine sehr alte. Die Ansichten über den Werth dieser Operation waren stets verschieden. In Frankreich wird sie heutzutage vielfach angewendet, während die andern Behandlungsweisen nur wenige Anhänger dort gefunden haben. Am meisten geübt und zugleich allen Wünschen, welche an eine Urethrotomie gestellt werden können, entsprechend, ist die Methode nach Maisonneuve. Die zahlreichen und einander so sehr widersprechenden Vorwürfe, welche man ihr gemacht hat, beruhen theilweise auf einer ungenauen Beobachtung, theilweise auf einer falschen Anwendung des betreffenden Instrumentes. Ein Vortheil des von Civiale angegebenen Instrumentes besteht darin, dass man mit demselben in jeder Richtung schneiden kann und dass es leicht zu handhaben ist. Bevor der Verfasser zur Schilderung der Operation selbst übergeht, bespricht er noch einige Vorbereitungen zu derselben. Während er es für unzweckmässig hält, den Eingriff durch allmälige Dilatation vorzubereiten, empfiehlt er eine Nacht vor der Operation eine Bougie einzulegen, dann durch Darreichen gewisser Medicamente den Harn aseptisch zu machen, auch Chinin zu verabfolgen, um etwaigem Fieber vorzubeugen. Bei der Nachbehandlung hat man besonders darauf zu achten, dass der eingelegte Katheter stets durchgängig ist. Vierzehn Tage nach der Operation kann man dann allmälig mit der Dilatation beginnen, indem man Anfangs nur Bougies kleineren oder mittleren Kalibers einführt und erst langsam mit

den Nummern steigt. Sehr zu Gunsten dieses Verfahrens spricht die Statistik Guyon's, der bei tausend Uréthrotomies internes nur sechs Todesfälle beobachtete, während Gregory bei den vierundvierzig von ihm selbst ausgeführten Urethrotomien acht Todesfälle zu verzeichnen hatte. Diese ungünstigen Zahlen leitet der Verfasser daher, dass bei der Vorbereitung zur Operation, bei dieser selbst und auch bei der Nachbehandlung nicht das Verfahren in der Weise angewendet worden ist, wie er es beschrieben hat. Bei mehreren der erwähnten acht Todesfälle war das Fieber Ursache des Todes. In Bezug auf die Indication und Contraindication zur Operation steht der Verfasser auf dem Standpunkt Guyon's, der die Urethrotomie für angezeigt hält, wenn die allmälige Dilatation nicht ausreicht oder dieselbe sonstige Gefahren für den Kranken in sich birgt. Indicirt ist sie nach ihm bei Stricturen von besonders hartem Gewebe, bei drohender Harninfiltration, Harnverhaltung, Nierenverletzung, Cystitis, überhaupt da, wo ein schneller Eingriff nöthig ist. Contraindicirt bei schon bestehender Harninfiltration, bei den sogenannten elastischen Stricturen, hier rieth er, Nachts mehrere Stunden eine Bougie kleineren oder mittleren Kalibers einzulegen. In Verbindung mit der äusseren Urethrotomie kann man die innere vornehmen bei bestehenden Fisteln oder wenn sich die Stricturen durch die ganze Harnröhre hinziehen. Zum Schluss sagt der Verfasser, dass man von der Urethrotomie keine radicale Heilung der Stricturen verlangen könne, sondern letztere nur durch allmälige Dilatation erreicht werde; aber diese vorzubereiten, sei ein Zweck der Operation, vor allen Dingen erleichtere sie oft durch einen einzigen Eingriff eine Krankheit, die sich oft zu gefahrdrohender Höhe steigere. Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet habe die Urethrotomia interna die besten Erfolge aufzuweisen. Hilgenstock.

Otis (30) bespricht im Anschluss an einige historische Bemerkungen eine Anzahl von Veränderungen, welche er an dem Leiter'schen Elektro-Endoskop angebracht hat. Um die Einführung des Tubus schmerzloser zu gestalten und die Blutung möglichst vollständig zu vermeiden, wendet er einen Obturator an, dessen Ende aus Gummi besteht und etwas dicker ist, als das Lumen des Tubus; er bedeckt in Folge dessen die Kante des Tubus, beim Herausziehen dehnt er sich und geht dann leicht zurück. Um das fortwährende Abwischen entbehrlich zu machen, hat er an der Innenseite des Tubus eine stricknadeldicke Röhre angebracht, welche $^1/_8$ Zoll vor dem Ende des Tubus aufhört und an ihrem äusseren Ende mit einem kleinen Gummiball versehen ist; durch diesen letzteren kann die Flüssigkeit aus den ersteren leicht angesogen werden; zugleich kann man durch diese Röhre mit einer Pravaz'schen Spritze auch Medicamente injiciren. Endlich hat Otis auch die hinteren Theile der Urethra mittelst eines gebogenen Tubus, in dem ein kleiner Spiegel angebracht ist, beleuchtet. Trotz alledem hält er die Resultate, die man mit der Endoskopie erhält, keineswegs für sehr bedeutend und meint, dass sie in Deutschland (doch wohl nur von einzelnen Autoren?) überschätzt werden. Auch in der Discussion machte sich diese Anschauung, besonders bezüglich der mannigfachen Formen der Urethritis, die in Deutschland geschieden werden geltend. Jadassohn.

Von dem Standpunkte ausgehend, dass acute Gonorrhöen mit reichlicher Absonderung grün-gelben Secrets, Schmerz beim Uriniren und Erectionen die Anwendung von Adstringentien contraindiciren, empfiehlt Finger (31) bei diesen Formen Oleum ligni Santal und Kawa-Kawa, Balsamica, deren Wirkung gleich der des Copaivbalsams ist, ohne dessen unangenehme Nebenwirkungen auf Darm und Haut zu theilen. Auch bei der acuten Urethritis post. und der acuten Urethrocystitis entwickeln die ge-

nannten Mittel eine günstige Wirkung, indem sie die bestehenden Schmerzen lindern, den Harndrang und die Secretion vermindern und damit die raschere Vornahme örtlicher adstringirender Applicationen ermöglichen. Die Dosis des Oleum Sant. betrug 0·2—0·5 in Caps. Gelat. dreimal täglich je zwei Stück nach der Mahlzeit, Kawa-Kawa wurde als Extr. fluid. dreimal täglich 15—30 Tropfen nach der Mahlzeit in Wasser gereicht. Weiterhin empfiehlt Finger das Lanolin als Vehikel für Salben, die bei der chronischen Blennorrhöe in Anwendung gebracht werden. In den recenteren Fällen der chronischen Gonorrhöe genüge die Injection der Salbe allein mittelst der Tommasoli'schen Spritze, bei den inveterirten Fällen sei es gut, vor Application der Salbe eine hohe Sondennummer durch fünf bis zehn Minuten einzulegen. Von Salben wurden angewendet eine ein- bis dreiprocentige Argentum beziehungsweise Cupr. sulph. mit Zusatz von 5 Gr. Ol. oliv. weiterhin eine Jod-Jodkaliumsalbe (Jod pur 1·0—3·0, Kal. jod. 5·0), schliesslich eine ein- bis dreiprocentige Creolinsalbe. Stein.

Die „neue" Methode Elmer Lee's (32) Urethra, Blase, Uterus und Rectum zu behandeln, besteht in der Application von Medicamenten-Kügelchen, welche vermittelst einiger nach Art der Senftleben'schen Pistole construirten Träger an den Ort der Erkrankung gebracht werden. Loewenhardt.

Andhoui (33) empfiehlt für acute und chronische Gonorrhöe zwei- oder mehrmalige Einspritzungen von folgender Lösung: Rp. Aq. ros. 100·0, Aq. laurocer. 100·0, Zinc. sulf. 0·05, Antipyrin 5·0.

Niesel (34) empfiehlt nach dem Vorgange von Reichert und Fürbringer die Kamphersäure — ein Oxydationsproduct des Kamphers, das im Ganzen recht gut vertragen wird — zur internen und localen Behandlung der Cystitis. Das casuistische Material, auf das sich der Verfasser stützt, ist freilich ein etwas spärliches: Er hat in einem Falle acuter Cystitis mit der Verordnung von dreimal täglich 0·5 Kamphersäure (in Oblaten) recht guten Erfolg gesehen, bei zwei Patienten die Blase mit einer $^1/_2$—1% Lösung von Kamphersäure (20% alkoholische Lösung mit lauwarmem Wasser verdünnt) ausgespült, und einmal ein vollkommenes Heilresultat erzielt; bei dem zweiten Patienten war die Behandlung noch nicht abgeschlossen. Wie viel von der Wirkung bei dieser Lösung auf Rechnung des Alkohols zu setzen ist, lässt Niesel selbst unentschieden.

Ebenso haben du Castel und Critzmann (35) gefunden, dass 2‰ Lösungen von Fluorwasserstoffsäure nicht im Stande sind, die Gonococcen in dem Urethralsecret zu zerstören; die Schleimhaut wird durch solche Einspritzungen sehr gereizt.

Critzmann (36) hat constatirt, dass Naphthollösungen zwar Eitermikroorganismen sehr energisch beeinflussen, gegen den Gonococcus aber auffallenderweise ganz wirkungslos sind. Jadassohn.

Istamanoff (37) empfiehlt zur Behandlung der Gonorrhöe fünfprocentige Thallinantrophore, die er einmal täglich einführt und 15—20 Minuten liegen lässt. Die Länge der Antrophore beträgt 14—25 Ctm. Die Resultate der Behandlung sind angeblich sehr gute. Sternthal.

Gundrum (38) beschreibt einen sehr schweren Fall von gonorrhoischer Prostatocystitis, bei dem alle Therapie erfolglos war, bis nach Gebrauch von dreimal täglich dreissig Tropfen des stark verdünnten Extr. fluid. picis (fld. ex. pichi), empfohlen in einer früheren Nummer der Therapeutic Gazette, die schweren Symptome wie durch Zauberwirkung verschwanden. Zeising.

Da die Arbeiten Lavaux' über die Ausspülungen der Urethra und der Blase „sans sonde" in dieser Vierteljahresschrift besprochen sind, so müssen auch die Prioritätsansprüche, welche Bertholle (39) erhebt, hier kurz erwähnt werden. Der letztere Autor hat schon 1877 eine Methode publicirt, die Urethra und die Blase nur mit einer kurzen Canüle auszuspülen — nur dass er statt des Lavaux'schen „Tube-siphon" einen einfachen Irrigator verwendete; er reproducirt jetzt auch eine damals bereits mitgetheilte Selbstbeobachtung, welche die Vortheile dieser Methode demonstriren soll. Dabei opponirt er aber gegen den von Lavaux gebrauchten Ausdruck „Lavage", in der That handle es sich — wie bei den Intestinaleingiessungen — um ein „Lavement", da der Blasenmusculatur selbst die Wiederentleerung der eingeführten Flüssigkeitsmenge überlassen werde.

Debout (40) empfiehlt zur Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis eine von Girard bereits 1869 angegebene Methode. Dieselbe besteht in Umschlägen mit ein- eventuell auch zwei- bis dreiprocentigen Argentumlösungen, und soll in fünf bis sechs Tagen zur Heilung führen.

Bazy (41) hat die von Martel (St. Malo) empfohlene Tct. anemon. pulsatill. gegen die gonorrhoische Epididymitis wieder versucht und berichtet über sehr günstige Erfolge; unter achtundvierzig Fällen trat fünfunddreissigmal vollständige Heilung, zehnmal deutliche Besserung, zweimal unbestimmte Heilung (?) ein; einmal nur blieb der Erfolg aus. Die Behandlung muss bis zur „Resolution" der Schwellung fortgeführt werden und hat im Durchschnitte elf Tage in Anspruch genommen. Von gleichzeitiger localer Behandlung wird nichts mitgetheilt. Die Formel lautet: Syrup. simpl. 120·0, Tct. anemon. pulsatill. gtts. XXX. MDS. 2stündlich 1 Suppenlöffel.

Jadassohn.

In einer kurzen, durch mehrere Skizzen illustrirten Mittheilung empfiehlt Stern (42) ein neues, von ihm construirtes Suspensorium, dessen Hauptvortheil darin besteht, dass an Stelle des Leibgurtes ein Achselträgertheil gesetzt ist, an dessen vorderen, mit Haften versehenem Riemen das vordere, von beiden Seiten des Beutels ausgehende Tragband befestigt wird, während die zu einer Schlinge vereinigten Schenkelbänder an dem hinteren Riemen des Achselträgers befestigt und durch zwei weitere Seitenbänder gespannt erhalten werden. Der Beutel ist noch mittelst eines besonderen Aufhängebandes am Träger befestigt. Die hintere Beutelspitze endet an der Radix scroti, wodurch jeder Druck auf das Perineum und eine Beschmutzung bei der Defäcation ausgeschlossen ist. Jacobi.

Syphilis. Allgemeiner Theil.

1. **Lang, Mraček, Finger, Reder.** Ueber Wege und Wandlungen des Syphiliscontagiums und Bemerkungen zur Syphilistherapie. — Vortrag und Discussion in der Sitzung des Wiener med. Doct.-Colleg. vom 3. December 1888.
2. **Barthélemy.** Die öffentliche Prophylaxe der Syphilis. — Ann. de derm. et de syph. 1888, 11.
3. **Steinbach.** Ein Fall von räthselhafter Lues-Inoculation. — Internat. klin. Rundschau 1887.
4. **Mensinga.** Ueber vierzig Jahre Lues in einer Familie. — Internat. klin. Rundschau 1888.
5. **Portalier.** Syphilis vaccinale. Diagnostic différentiel. — La France méd. Nr. 145—148. 1889.

6. **Stuart** F. W. Syphilis or Tuberculosis. — Boston Med. and Surg. Journ. 13. December 1888.
7. **Unna** P. G. Syphilis und Eczema seborrhoicum. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 21.

Lang (1) geht in seinem Vortrage allen den Wegen nach, die das leider trotz Lustgarten's Angaben noch unbekannte, gewiss aber als Virus animatum zu denkende Syphilisvirus vom Augenblick der Infection an im Organismus nimmt und deducirt aus diesen Wegen einige therapeutische Winke. Die erste Ansiedelung, damit auch die erste Manifestation des Virus ist der Initialaffect. Die Vermehrung des Syphiliscontagiums setzt eine Zellenneubildung, die Lang als Isolationswall des Kranken gegen das Gesunde auffasst. Von hier aus gelangt das Virus in den Gesammtorganismus 1. durch die Lymphbahn; der Uebergang ist langsam und allmälig. 2. Durch die Blutbahn; der Uebergang geschieht rasch. Weitere weniger berücksichtigte Wege der Verbreitung des Contagiums sind: 3. Die regionäre Wanderung, sei es activ oder in Zellen verschleppt, ausgehend vom Initialaffect in dessen Nachbarschaft. Für diese Verbreitung spricht das Auftreten von Flecken und Papeln in der Nachbarschaft mit intactem Epithel bedeckter Initialaffecte vor der Infection. 4. Postinitiale Infection. Uebertragung des Virus aus erodirten und ulcerirten Initialaffecten auf entfernte Körpertheile mit Bildung neuer Initialaffecte. Im Anschlusse an diese Verbreitungswege kommt Lang auf die Excision der Initialaffection zu sprechen, die er, wenn leicht ausführbar, für indicirt hält. Zwar hat er wirklich positive Resultate auch bei früher Excision, intacten Drüsen, nur wenige beobachtet, wohl aber stets nur milde Allgemeinerscheinungen, die sich durch die Unterbrechung der weiteren Einfuhr von Virus aus dem Initialaffecte in den Organismus erklären, beobachtet. Die Excision ist stets unter der Cautele zu üben, die Wundfläche nicht von Neuem zu inficiren. Daher übt Lang die Verätzung der Operationsfläche mit Paquelin. Successive, nur partienweise übergeht nun das Contagium in die Blutmasse und so tritt allgemeine Lues auf. Ein Theil des Contagiums werde durch die Lebensenergie der Zellen unschädlich gemacht, ein Theil aber verbleibt und erzeugt neue Krankheitsproducte, zunächst irritativen Charakters. Das im Organismus liegen bleibende Contagium erleidet aber eine Wandlung. Es erzeugt andere, gummöse Producte, die sich klinisch sowohl, als durch das Fehlen der Contagiositäts- (Finger's negative Impfungen) von den contagiösen irritativen Frühproducten unterscheiden. Diese Wandlung vollzieht sich in verschiedenen Organismen in verschiedener Zeit, ja selbst in den verschiedenen Organen nicht gleichzeitig, wie die Coëxistenz irritativer und gummöser Producte erweise. Der auffallenden Thatsache hereditärer Uebertragung bei gesunden Generationsorganen begegnet Lang durch die Annahme, dass das Virus in den Generationsorganen nicht deponirt sei, dieselben vielmehr nur passire. Die Therapie betreffend empfiehlt Lang zum innerlichen Gebrauch Pillen aus Lanolinquecksilbersalbe (3·0 mit 7·0 Sacch. lactis auf 60 Pillen, 4—6 täglich). Ebenso schätzt er Unna's Pflasterbehandlung, zu der er ein Empl. hydrarg. oleinii (Olein. cr. 180. Pb. oxyd. 100, Hydrarg. 30·60) benutzt. Die tiefen Injectionen mit grauem Oel und Calomelöl zieht Lang den Inunctionen vor. Schliesslich betont Lang die vorzüglichen Wirkungen des Jod und der Sarsaparilla. In der Discussion opponirt Mraček gegen mehrere Punkte. So will er das regionäre Auftreten von Papeln nicht regionärer Wanderung des Contagiums, sondern einfacher Irritation des Wundsecretes zuschreiben. Postinitiale Infectionen mit dem Zustandekommen weiterer typischer Initialaffecte will er nicht gelten lassen, da diese nach seiner Erfahrung stets abortiv verlaufen.

Finger's negative Resultate seien, wie alle negativen Ergebnisse, mit Vorsicht aufzunehmen, vielleicht rühre das negative Resultat davon her, dass mit den Zerfallsproducten offener Gummen geimpft wurde, in denen das Contagium bereits zu Grunde ging. Finger erinnert zunächst an Pontoppidan's Impfversuche mit dem Resultate der Erzeugung typischer postinitialer Sklerosen. Diese Versuche stellen die Frage postinitialer Infection über jeden Zweifel. Die Gummaimpfungen betreffend, so seien dieselben allerdings als negativ, vorsichtig aufzunehmen, es stehen denselben aber keine positiven Fälle gegenüber, es sei bisher überhaupt die Möglichkeit der Contagiosität des Gumma nicht nur nie erwiesen, sondern nie behauptet worden. Allerdings seien zur Impfung Zerfallsproducte offener Gummen verwendet worden, die Zerfallsproducte der Papel aber geben stets positiven Erfolg. Reder erinnert daran, dass an seiner Abtheilung Bidenkap bereits in den Sechziger Jahren die Möglichkeit postinitialer Infection durch Impfungen erwiesen und dass Hebra, Sigmund, Zeissl die Zeugen dieser Versuche waren, auch an derselben nie gezweifelt. Das Zustandekommen typischer Affecte ist meist nur dann zu beobachten, wenn an von dem Initialaffecte entfernten Körperstellen geimpft wird. Lang constatirt, dass die Einwände Mraček's durch die beiden Vorredner bereits zum Theil entkräftet wurden. Die Frage regionärer Wanderung betreffend hebt er hervor, dass er hiebei ausdrücklich von nicht erodirten, sondern mit intactem Epithel bedeckten Efflorescenzen gesprochen habe, bei denen von Irritation des Wundsecretes nicht die Rede sein könne. Uebrigens vermag einfache Irritation, wie Mraček diese annimmt, nie Syphilisproducte zu erzeugen. Hierzu ist die Intervention von Syphilisvirus nothwendig. Gelangt dies mit dem Wundsecrete hin, dann ist es Infection, gelangt es durch die Bindegewebsspalten oder Lymphe und Blut, also innerhalb des Organismus hin, dann ist es regionäre Wanderung. Auch betont Lang, dass Pontoppidan seine Impfungen am Kopenhagener Congress vorgestellt habe und dieselben so überzeugend waren, dass keiner der zahlreichen anwesenden Fachcollegen einen Einspruch erhob. Finger.

Barthélemy (2) bespricht in einem lesenswerthen Aufsatze zunächst die Massregeln zur Einschränkung der Prostitution in Belgien, Italien, Russland, Deutschland, den Vereinigten Staaten, bringt dann in ausführlichem Auszuge die 1866 von England publicirten „Contagious diseases acts", deren Wirkung auf die Herabsetzung der Zahl der Syphilisinfectionen, die Nothwendigkeit und die von den englischen Aerzten angestrebte Restitution dieser durch Gladstone ausser Wirksamkeit gesetzten Acten. Hierauf bringt Verfasser die bereits aus Fournier's Schrift bekannten Forderungen der französischen Akademie, dies Alles um zu beweisen, dass die wissenschaftlichen Autoritäten sich allüberall für die Regelung und Ueberwachung der Prostitution in dem gleichen Sinne aussprechen.

Finger.

Steinbach (3) berichtet über einen Fall schwerer Lues bei einem Regimentsarzte, der zunächst bei Behandlung von Augenblennorrhöe selbst eine solche acquirirte. Gegen die acuten entzündlichen Erscheinungen derselben wurden Blutegel an die Schläfe applicirt. Einer dieser Blutegelstiche wandelte sich in eine Sklerose um, die zunächst von typischen Secundärerscheinungen gefolgt wurde, an die sich nach sechs Monaten papulöse Iritis und bald darauf schwere cerebrale Erscheinungen anschlossen. Auf welche Weise die Infection des Blutegelstiches erfolgte, blieb unaufgeklärt.

Finger.

Mensinga (4). Eine interessante Skizze, wie ausgehend von Lues des Familienoberhauptes, die derselbe noch als lediger Mann acquirirte, die

Syphilis sich auf dessen fünf Kinder vererbte und nach Verehelichung derselben in deren Familien weiter verbreitete. Interessant insbesondere, dass bei einem der Enkelkinder, dem Kind einer hereditär-syphilitischen Mutter, gleichfalls hereditär-syphilitische Erscheinungen bald nach der Geburt auftraten, die zur Infection der Amme des Kindes führten. Finger.

Portalier (5) stellt bei der Besprechung der Differentialdiagnose der vaccinalen Syphilis drei Hauptpunkte auf: die Unterscheidung einer Form von ulceröser Impfpapel von überimpftem syphilitischen Schanker; die Unterscheidung der secundären Erscheinungen nach der Impfung von denen, die der Syphilis folgen; die Unterscheidung der Impfsyphilis von hereditärer Syphilis. Die Vaccine ulcéreuse wird als eine Ulceration beschrieben, die an der Stelle der Impfpapeln vom zwölften bis fünfzehnten Tage nach der Impfung auftritt und am zwanzigsten Tage nach derselben in vollster Blüthe steht. Gewöhnlich erfüllt sie alle Pusteln. Ihr Aussehen ist das eines lebhaft entzündeten, verhältnissmässig tiefen Ulcus mit glatten Rändern, reichlicher Absonderung. Die Basis des Ulcus ist hart, die Härte ist eine entzündlich ödematöse. Die Umgebung ist geröthet, bisweilen erysipelatös, die Lymphdrüsen angeschwollen, dolent. Es kommt hie und da zu Complicationen von Erysipel, Phlegmonen, Fiebererscheinungen. Im Gegensatz hiezu tritt der Impfschanker gewöhnlich jenseits der dritten Woche nach der Impfung auf, nie vor dem zwanzigsten Tage nach derselben und ist in dieser Zeit erst in seiner Entstehung. Er entwickelt sich höchstens auf einigen der Impfpapeln und bildet eine crustöse, wenig entzündliche Affection, die, falls es zur Ulceration kommt, nicht so tief wird, wie die ulcerirte Vaccinepustel. Der Grund des Impfschankers zeigt typische, trockene Induration, seine Umgebung ist wenig entzündlicher Natur, die Drüsenanschwellung constant und indolent. Complicationen sind selten. Zur Differenzirung der Impfexantheme und der der Imphsyphilis wird angegeben, dass erstere vom neunten bis fünfzehnten Tage nach der Impfung auftraten, nie mit einer Localaffection, die dem Impfschanker zu vergleichen wäre, vergesellschaftet sind. Die Eruptionen zeigen mehr einen allgemeinen Charakter als den der syphilitischen Dermatosen, sind häufig von Fieber begleitet und äusserst flüchtig. — Die Secundärerscheinungen der Impfsyphilis treten neun bis zehn Wochen nach der Impfung auf, es geht ihnen stets ein Schanker voraus. Die Exantheme zeigen den syphilitischen Charakter, gehen meist ohne Fieber einher, sind anhaltender und häufig mit Schleimhauterscheinungen complicirt. — Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Impfsyphilis und hereditärer ist für die erstere stets ein typischer Schanker, auf der Impfpapel aufsitzend, der von Drüsenerscheinungen gefolgt ist, zu verlangen. Sodann der regelrechte Verlauf, d. h. Incubation — Schanker — zweite Incubation, Allgemeinerscheinungen (nicht vor der neunten bis zehnten Woche). Bei der hereditären Syphilis ist nie ein Schanker vorhanden, der Ausbruch der Symptome zeitlich nicht an die Impfung gebunden, der Verlauf ein sehr unregelmässiger. Schliesslich sind zur Diagnose der hereditären Lues noch die ganze Zahl der übrigen Symptome heranzuziehen, als da sind: Schädel- und Nasendeformitäten, der Schnupfen, Pemphigus, die Pseudoparalyse, gewisse Gesichtssyphilide. Hierzu kommt noch die Anamnese: Gesundheit der Eltern, Sterblichkeit ihrer Kinder, Aborte u. s. w.

Stein.

Stuart (6) berichtet über die Krankheit eines sechsundzwanzigjährigen Cigarrenarbeiters, welche nach einer geringen Fingerverletzung auftrat und in Schwellungen und Abscessen an der Hand, am Arm, Ellenbogen und linken Knie bestand. Obgleich anamnestisch weder Verdacht auf Tuberculose noch auf Syphilis zu rechtfertigen war, glaubt Ver-

fasser letztere Krankheit annehmen zu müssen, weil endlich eine Heilung nach eingreifender chirurgischer Behandlung — „Amputation des Knies“ — durch grössere Dosen Jodkali und Quecksilber erreicht wurde. Verfasser glaubt aus seiner Erfahrung schliessen zu können, dass die Spätformen der Syphilis nur dann nach dem Gebrauche von Jodkali schnell weichen, wenn früher energische Hg-Behandlung veranlasst war. Loewenhardt.

Unna (7) hat gefunden, dass eine Reihe von Syphiliden Mischinfectionen sind von Syphilis mit dem seborrhoischen Eczem, welche dadurch zu Stande kommen, dass das seborrhoische Eczem dem ausbrechenden, syphilitischen Exanthem einen günstigen Boden bereitet hat durch die Hyperämisirung der Haut, denn bekanntlich treten die Eruptionen der Syphilis am liebsten an den Punkten der Haut auf, welche hyperämisirt sind. Nun folgt das Exanthem genau der seborrhoischen Affection und erhält dadurch den Charakter wahrer Serpiginosität, der an sich dem papulösen Exanthem der Secundärperiode fremd ist. Solche Mischinfectionen sind: das papulo-crustöse Syphilid — durch eine Tafel und Krankengeschichte besonders erläutert — ferner die schwerere Form des psoriasiformen Syphilids der Vola manus, sodann gewisse syphilitische Alopecien, welche mit geringer Schuppenbildung und dem Auftreten kleiner juckender Papeln einhergehen, die Syphilis vegetans und sogar gewisse gummatöse Syphilide der Tertiärperiode. Wichtig ist, dass diese Mischinfectionen nach Unna nur einer combinirten Behandlung schnell weichen, nämlich localer Application von Resorcin, Schwefel und ähnlichen Mitteln, allgemeiner von Quecksilber oder Jod. Sternthal.

Syphilis. Haut und Schleimhaut.

1. **Solari.** Une forme insolite du chancre syphilitique. — La semaine méd. 1889, Nr. 2.
2. **Ohmann-Dumesnil.** Ein Fall multipler Schanker des Gaumens. — Ann. de derm. et de syph. 1888, 11.
3. **Du Castel.** Du chancre induré. — La semaine méd. 1888, 51.
4. **Nozo** Léon. Étude historique et clinique sur les syphilides psoriasiformes. — Thèse de Paris 1888.
5. Syphilitic Erythema. — Philadelphia Med. Times, vol. XIX, Nr. 545.
6. **Aimar** Raoult. Hémorrhagies et syphilis: purpura hémorrhagique et altérations syphilitiques survenant chez des individus variqueux. — Le progrès méd. 1888, Nr. 47.
7. **Jacquet.** Des Syphiloïdes post-érosives. Étude de pathologie cutanée infantile. — Thèse pour le doctorat, Paris 1888.
8. **Chambard.** Ausgebreitetes syphilitisches Leukoderma. — Ann. de derm. et de syph. 1888, 10.
9. **Reynal-O'Connor** E. Des syphilides tuberculeuses. — Thèse de Paris 1888.
10. **Huguet** und **Andain.** Exulcerirte Gummen der behaarten Kopfhaut, vierundvierzig Jahre nach der Infection. — Ann. de Derm. et de Syph. 1888, 11.
11. **Michelson** P. Ueber Nasensyphilis. — Sammlung klin. Vorträge von Volkmann, Nr. 326.
12. **Williams** A. D. Syphilitic Ulceration of the External Meatus Auditories. — St. Louis Med. and Surg. Journ., September 1888, pag. 170.

Solari (1) beschreibt kurz einen, wie er meint, ganz eigenartigen Typus eines luetischen Primäraffectes in Form eines Aetzschorfs, ohne jede

circumscripte und deutliche Induration; er hat zwei solcher Fälle beobachtet, in denen dann die syphilitischen Erscheinungen die Diagnose bestätigten. Da die Geschwüre auf der Glans sassen, verliert die Beobachtung noch mehr an Interesse. Jadassohn.

Bericht Ohmann-Dumesnil's (2) über einen Fall zweier typischer syphilitischer Schanker am Gaumen, die von Allgemeinerscheinungen gefolgt, bei einem vierundfünzig Jahre alten Witwer angeblich durch Kratzen mit der Pfeifenspitze entstanden. Finger.

Du Castel (3) bespricht in einem Aufsatze über den harten Schanker die Bedeutung desselben als erstes Symptom der Syphilis, sodann die anatomischen Veränderungen, die ihn kennzeichnen, sowie schliesslich ausführlich das klinische Bild, ohne etwas Neues zu bringen. Stein.

Nozo (4) behauptet, dass die psoriasiformen Syphilide stets auf schwerere Erkrankung hindeuten und besonders bei kachektischen Leuten vorkommen. Sie können in einigen Fällen bis zur Spätperiode der Lues auftreten und ihr Erscheinen wird begünstigt durch das hohe Alter, Alkoholismus, angeborene oder erworbene Trockenheit der Haut und vielleicht auch durch die Gicht. Es kommen Fälle vor, wo selbst der geübteste Diagnostiker zweifeln kann, ob man es mit einer gewöhnlichen Psoriasis oder einer specifischen Eruption zu thun hat. Die Differentialdiagnose muss berücksichtigen ausser dem Infiltrat, welches für Lues, der blutenden Fläche nach abgekratzter Schuppe — welche für Psoriasis spricht — das „signe du coup d'ongle." Glättet man nämlich mit dem Nagelrücken die Oberfläche der Schuppe, erhält man bei echter Psoriasis einen Glanz, als wenn ein Lichttropfen daraufgefallen wäre. Die Prognose ist nicht leicht, weil diese Eruptionen oft sehr hartnäckig sind und auf schwerere Spätformen hindeuten, eine Ansicht, der Referent nicht beipflichten kann.

Loewenhardt.

Aimar (6) beschreibt an der Hand dreier von ihm beobachteter Fälle das Auftreten von, der Purpura haemorrhagica ähnlichen Hämorrhagien und syphilitischer Veränderungen bei varicösen Individuen. Die Hämorrhagien können die gewöhnlichen syphilitischen Eruptionen (Roseola, Papeln) compliciren und ihnen das Aussehen von Purpura verleihen, oder die ulcerösen Syphilide; endlich kann die gewöhnliche Purpura gleichzeitig mit den Secundär- und Tertiärerscheinungen auftreten, die ihren Charakter dadurch nicht verändern. Alkoholismus, Varicen, schlechter Allgemeinzustand scheinen das Entstehen dieser Efflorescenzen zu begünstigen. Andererseits treten mit Vorliebe ulceröse Syphilide der Tertiärperiode bei varicösen Extremitäten auf; sie sind charakterisirt durch ihre zahlreichen Recidive, die gewöhnlich an demselben Punkte wieder auftreten; Verfasser hält es daher für angebracht, bei dem Auftreten von Syphiliden an den unteren Extremitäten den Zustand der Gefässe zu berücksichtigen und eine angemessene Therapie sowohl der Specialerkrankung als vor Allem auch den Varicen zukommen zu lassen. Galewsky.

Jacquet (7) versteht unter dem obigen Namen ein Exanthem, das bisweilen aus einem vesiculösen Erythem bei Kindern hervorgeht. Aus den Bläschen entstehen Erosionen und aus diesen wiederum Papeln, welche vollkommen das Bild eines papulösen Exanthems vortäuschen können. Der gewöhnliche Sitz dieser Affection ist nach dem Verfasser die Hinterseite der Oberschenkel, die Nates, das Scrotum, beziehungsweise die grossen Labien; ausnahmsweise die Inguinalgegend, der Analrand. Fast ausnahmslos tritt das Exanthem bei kräftigen Kindern am Ende des ersten Lebens-

jahres oder dem Beginne des zweiten auf. Die Dauer desselben geht nicht über zwei Wochen hinaus, doch können sich Nachschübe entwickeln. Zur Behandlung genügt vollkommen sorgfältige Sauberkeit und Bekämpfung des die Affection verursachenden vesiculösen Erythems. Stein.

Chambard (8). Der Patient, ein einundsiebzig Jahre alter, herabgekommener Greis zeigte neben allgemeiner Drüsenschwellung, den Residuen eines papulösen Syphilides, ausgebreitete Pigmentsyphilis. Einmal um den ganzen Hals und Nacken war die Haut tief dunkel pigmentirt mit dazwischen gestreuten runden und rundlichen pigmentarmen, stark vom dunklen Grund abstechenden Stellen. Aehnliche Veränderungen zeigten sich aber auch an den Seitentheilen des Thorax, in den Inguinalgegenden. Die Haut vom Penis und Scrotum ist tief dunkel, jedoch gleichmässig pigmentirt. Der Fall ist nach der Ansicht des Verfassers insbesondere durch die Coëxistenz der einfachen Hyperchromie (Penis und Scrotum) mit typischem Leukoderma (Nacken und Thorax), dann aber durch die in so hohem Alter acquirirte Syphilis interessant. Finger.

Reynal-O'Connor (9) betrachtet ebenso wie sein Lehrer Fournier die tuberculösen Syphilide als Erscheinungen der Tertiärperiode, als Erscheinungen, die in Folge dessen nicht oft aufzutreten brauchen; er theilt dieselben nach Fournier in zwei Classen ein, in die „Syphilides gommeuses sèches" und die „Syphilides gommeuses ulcératives". Im Gegensatze zu Du Castel, welcher das Auftreten derartiger Erkrankungen sechs Monate nach dem Primäraffect beschrieb, ist dies nach Reynal-O'Connor erst gegen das zweite oder dritte Jahr der Fall. Die Behandlung soll gleichzeitig intern und extern sein bei den ulcerösen Formen; überflüssig ist die externe bei den „Formes sèches". Die interne Behandlung selbst ist die der tertiären Lues, innerlich 3—6 Gr. pro die Jodkalium, die äussere nach Besnier das Emplastrum de Vigo, nach Lactier Zinkchlorür, Lallier wendet mit Vortheil an: Jodkal., Hydrarg. bijodati āā 0·5, Axung. 199·0. Fournier zieht das Vigo'sche Pflaster vor, verbunden mit Bädern von Kleien- oder Stärkemehl, um die Haut von dem Secret der Ulcerationen zu reinigen und um die Krusten leichter zu erweichen. Galewsky.

In dem von Huguet und Andain (10) mitgetheilten interessanten Falle handelte es sich um einen dreiundsechzig Jahre alten Weinagenten, der sich im Alter von achtzehn bis zwanzig Jahren inficirt hatte, typische Syphiliserscheinungen darbot, die mehrfach recidivirten und ohne Behandlung schwanden. Im Alter von vierundzwanzig Jahren, also etwa fünf Jahre nach der Infection, heiratete er. Seine Frau abortirte einmal, blieb aber gesund, starb, sechzig Jahre alt. Sein ältester Knabe hatte im Alter von sieben Jahren, dann mit achtzehn Jahren eine Psoriasis palmaris, die auf antisyphilitische Behandlung heilte, blieb sonst gleich dem jüngeren Mädchen gesund. Patient selbst litt 1878 an Herpes zoster, 1886 entwickelte sich am linken Seitenwandbein ein Gumma, das exulcerirte, den Knochen blosslegte und zur Zeit der Aufnahme (December 1887) Nekrose desselben bedingt hat. Allmälig kam es zur Abstossung des Knochen, Nekrose der Diploe; da aber die Demarcation langsam vor sich ging, sich Druckerscheinungen von Seite des Gehirns einstellten, wurde zur Trepanation geschritten, die unter dem nekrotischen Knochen einen Eiterherd blosslegte. Besserung auf gleichzeitig eingeleitete antisyphilitische Behandlung. Bald traten aber, eingeleitet von einem Anfall von Bewusstlosigkeit, Störungen der Gehirnthätigkeit ein, die Intelligenz nahm ab, Oedeme der Extremitäten traten auf, neue Gummen am Schädel bildeten sich und der Kranke erlag. Die Section ergab Thrombose der Iliaca, Caries und Nekrose des linken

Seitenwandbeines, Verdickung der unterliegenden Meningen, keine Veränderung im Gehirn. Finger.

Die specifischen Affectionen der Nasenhöhlen werden von Michelson (11) an der Hand klinischer Fälle in einem zusammenhängenden Vortrage besprochen. Verfasser weist auf ihre zweifache Bedeutung hin: Die grossen Entstellungen, durch welche sie dem Kranken den Stempel des Kainszeichens aufdrücken, machen sie dem Laienpublicum besonders gefürchtet; noch mehr ist ihre Nachbarschaft zur Schädelbasis zu fürchten und gewisse Schwierigkeiten, welche sie der Therapie entgegenstellen. Bei aller Anerkennung der Fortschritte der modernen Chirurgie muss es in Fällen von ulceröser Nasensyphilis gelingen auch ohne heroische Eingriffe zum Ziele zu gelangen für einen Arzt, welche mit Rhinoskopie genügend vertraut ist und dessen Behandlungsmethode auf genauer localer Untersuchung basirt. Im Speciellen führt Verfasser in klaren Bildern die verschiedenen Ulcerationen vor und fordert besondere Aufmerksamkeit für die Besichtigung der Mundrachenhöhle bei allen Fällen von gummöser Rhinitis. Die polypoide Degeneration der Muscheln, die Atrophien der letzteren und die dadurch bedingte abnorme Geräumigkeit der Nasenhöhlen, die Sequesterbildungen und ihre Gefahren werden erläutert. Verfasser warnt vor der kritiklosen Verwerthung der Nasendouchen und Nasenspritzen bei der Behandlung der luetischen Rhinitis, welche zweckmässiger durch Tampons in den Fällen ersetzt werden, wo durch Verengung des Binnenraumes Gefahren für das Mittelohr oder bei mangelnder Contractionsfähigkeit des Gaumensegels und abnormen Communicationen zwischen Mund- und Nasenhöhle, Aspirationen in die Tuben oder den Larynx zu befürchten sind. Zum Schluss wird die vorzeitige Anwendung des scharfen Löffels widerrathen, während selbige bei tuberculösen Geschwüren geradezu eine Panacée sind. In differentialdiagnostischer Beziehung ist letztere Erkrankung wichtig. Die erfolgreichen Versuche Mikulicz's zur Aufrichtung eingesunkener Nasen durch Stützapparate und Rhinoplastik bilden das Ende des interessanten Vortrages. Loewenhardt.

Williams (12). Im Anschluss an einen Fall, wo nach einem Schlag auf das Ohr mit Verletzung der Haut des äusseren Gehörganges eine schlummernde Syphilis wieder erweckt wurde und es zu grossen Ulcerationen kam, bespricht Williams seine Erfahrung mit der Dosirung von Jodkalium, die sich mit der in Amerika auch sonst üblichen heroischen Anwendung dieses Mittels deckt. „Die Anfangsdosis von dreimal täglich 30 Gran (1·8 Gr.) Jodkalium mag Einigen heroisch erscheinen, aber je länger ich Jodkalium anwende, desto mehr befestigt sich in mir die Ueberzeugung, dass es in grossen Dosen gegeben werden sollte. Wo es überhaupt vertragen wird, werden grosse Dosen gewöhnlich ebenso gut vertragen als kleine, und der specifische Erfolg der grossen Dosen ist ein entsprechend schneller." Arning.

Viscerale Syphilis.

1. **Herodinoff,** Adèle de. Les myélo-encéphalopathies syphilitiques tertiaires diffuses ou disséminées. — Thèse de Paris 1888.
2. **Oppenheim.** Ueber einen Fall von syphilitischer Erkrankung des centralen Nervensystems, welche vorübergehend das klinische Bild der Tabes dorsalis vortäuschte. (Aus der Nervenklinik der Charité.) — Berliner klin. Wochenschr. 1888, Nr. 53.
3. **Mesnet.** Rapports de la paralysie générale avec la syphilis cérébrale. — Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 49, 1888.

4. **Hingston.** Case of syphilitic disease of the nervous system. Hunterian society. — The Brit. Med. Journ. 24. November 1888.
5. **Siemerling.** Ein Fall von gummöser Erkrankung der Hirnbasis mit Betheiligung des Chiasma nervorum opticorum. — Arch. f. Psychiatrie, Bd. XIX, Heft 2.
6. **Gowers.** Syphilitische Affectionen des Nervensystems. — Ref. La semaine méd. 1889, Nr. 2.
7. **Jaccoud.** Lésions rénales et cérébrales d'origine syphilitique. — Gaz. des hôpit. 122, 1888.
8. **Horstmann.** Ueber Neuritis optica specifica. — Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 44.
9. **Jaccoud** M. Anevrysmes aortiques syphilitiques; historique et pronostic des lésions syphilitiques de l'appareil circulatoire; nécessité d'un diagnostic précoce et d'un traitement immédiat et énergique. — Gaz. des hôpit. 1888, Nr. 134.
10. **Boyd** F. D. Case of syphilitic disease of the larynx. — Royal Med. Society, 16. November 1888. Edinburgh Med. Journ., December 1888.
11. **Ziffer.** Tuberculose und Syphilis der Lungen. — Internat. klin. Rundschau 1887.
12. **Cantani.** Sifilide pulmonale e tubercolosi. — Progresso med. 1888, Nr. 20—21.
13. **Potain** M. Syphilis pulmonaire; historique; formes; anatomo-pathologie; symptomes et diagnostic. — Gaz. des hôpit. Nr. 137 u. 138, 1888.
14. **Schech.** Beitrag zur Lehre von der Syphilis der Lungen, der Trachea und Bronchien. — Internat. klin. Rundschau 1887.
15. **Lehzen.** Ein Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie. — Zeitschr. f. klin. Med., XII, 4, pag. 307.

A. de Herodinoff (1) beschreibt an der Hand von sieben beobachteten Fällen die diffusen und disseminirten Hirn- und Rückenmarkserkrankungen bei tertiärer Lues. — Neurosen, Geisteskrankheiten der Vorfahren und andere pathologische Umstände begünstigen die Entwickelung der Hirn- und Rückenmarkserkrankungen, für welche die Syphilis als Ursache zu betrachten ist. Die Krankheit tödtet fast immer, Heilungen gehören zu den Ausnahmen. Die Behandlung besteht in der Darreichung von Jodkalium und Quecksilber, entweder gleichzeitig oder abwechselnd; daneben darf eine angemessene symptomatische Behandlung nicht vergessen werden.

Galewsky.

Ohne auf die die Nervenärzte näher angehende Arbeit eingehen zu wollen, möchten wir hier blos den uns interessirenden ersten Schlusssatz Oppenheim's (2) citiren. Derselbe lautet: „Ein der Tabes sehr verwandtes Symptomenbild kann durch eine syphilitische Affection des centralen Nervensystems bedingt werden."

Herxheimer.

Die Académie de médecine hatte einen Preis für die Lösung der Frage, ob Beziehungen zwischen der allgemeinen Paralyse und der Syphilis bestehen, ausgesetzt. Mesnet (3) fasst als Berichterstatter der Preiscommission den gegenwärtigen Standpunkt zusammen. Er gibt zunächst einen historischen Rückblick, wie die Frage seit Anfang des Jahrhunderts wechselnd beurtheilt wurde, und kommt dann auf Mendel's Statistik, welche aus dem Vorhandensein von Secundärerscheinungen bei 75% von Paralytikern schliesst, dass die Lues an sich eine interstitielle Encephalitis erzeugen kann. Hierauf werden die gleichsinnigen Angaben von Krafft-Ebing und Graf citirt. Im Gegensatz hierzu stellt Mesnet den Satz auf,

dass die Paralyse keinen specifischen Ursprung habe, dass sie vielmehr auf einem durch die verschiedensten Ursachen präparirten Boden entstehe. Diese Ursachen seien Excesse, Ueberanstrengungen, Alkoholismus oder Syphilis, jedoch so, dass keine der genannten an sich den Effect erziele. Die Wirkung ist nur zu erklären durch Hervorrufung einer allgemeinen Nervenzerrüttung. Differentialdiagnostisch bemerkt Mesnet, dass die Hirnlues beschränkte, localisirte Herde setze, während die Paralyse über die Hirnoberfläche diffus verbreitete Läsionen verursache. Klinisch sei bemerkbar, dass die Hirnlues zwar dieselben Symptome setze, wie die Paralyse, jedoch einen unregelmässigeren Verlauf habe und in wenigen Wochen die Stadien erreiche, zu deren Zurücklegung die Paralyse Monate brauche. Dies bezieht sich auf die Anfangsstadien, bis die Demenz eingetreten ist. Hier kann die Hirnlues auch Jahre stationär bleiben, während die Paralyse ihren destructiven Gang fortsetzt. Ein wesentlicher Unterschied äussere sich sodann in den Delirien; der Paralytiker ergehe sich in Grössenideen. bei der Hirnlues seien die Delirien frei von hochgehenden Wünschen, zeigen eine gewisse Bescheidenheit und Furchtsamkeit. Bei den Kranken der letzten Kategorie seien, soweit man davon reden kann, noch viel mehr Verstandeskräfte vorhanden, als bei Paralytikern. Mesnet kommt zu dem Schlusse, dass die Paralyse mit der Hirnsyphilis nicht zusammenzuwerfen sei, dass es genügend Unterscheidungsmomente gebe, dass die allgemeine Paralyse, wie sie von Bayle, Delaye, Calmeil beschrieben wurde, eine Krankheit sui generis ist und bleiben werde. Stein.

Hingston (4) stellte eine dreiundvierzig Jahre alte Frau vor, welche vor zwölf Jahren an syphilitischen Allgemeinsymptomen gelitten hatte. Vor acht Jahren zeigte sich eine Parese des rechten Armes und linken Fusses. Vor fünf Jahren eine Parese beider Füsse. Vor anderthalb Jahren war die Patientin drei Wochen lang geistig gestört. Zehn Wochen später stellte sich eine Atrophie der Extensoren des rechten Knies ein, die persistirte und zu dem Verluste des Patellarreflexes führte. Verfasser führte die Störungen auf die Bildung von Gummata im Rückenmark zurück.

Ledermann.

Siemerling (5) gibt die Krankengeschichte, den Sectionsbefund und die sehr genaue mikroskopische Schilderung eines Falles gummöser Hirnerkrankung bei einer achtunddreissigjährigen luetisch inficirten Frau, die schon seit Jahren an Kopfschmerzen, in den letzten zwei bis drei Jahren an Erbrechen, Schwindel und Ohnmachtsanfällen gelitten hatte. In den letzten Jahren waren ausserdem eine Schwäche der linken unteren Extremität, Schielen links, Abnahme des Sehvermögens aufgetreten, ferner nach einem linksseitigen Schlaganfall auch Sprach- und Schluckstörungen. Kurz darauf erfolgte ein rechtsseitiger Schlaganfall mit Betheiligung des Facialis. Bei der Aufnahme fand sich eine rechtsseitige Parese der Extremitäten, der Zunge, des unteren Facialisgebietes; geringe Herabsetzung der motorischen Kraft links. Articulationsstörung. Schluckbeschwerden. Herabsetzung des Gehörs rechts. Fehlen der Pupillen-Reaction; doppelseitige Sehnerven-Atrophie; links Amaurose; rechts temporale Hemianopsie; Opthalmoplegia externa rechts; links einzelne Zweige des Oculomotorius gelähmt. Verlust des Geruches. Tod nach fünf Wochen unter Verschlimmerung der bulbären Symptome. Die intra vitam gestellte Diagnose auf basale gummöse Neubildung und einen linksseitigen Hirnherd wurde durch die Section bestätigt; es fand sich ein Erweichungsherd im linken Corpus striatum, ein kleinerer an der rechten entsprechenden Seite; an der Basis eine gummöse Wucherung, ausgehend von den weichen Häuten, welche die Olfactorii, Optici, das Chiasma, die Tractus in Mitleidenschaft gezogen hatte. Die Olfactorii fast

ganz zerstört; der linke Tractus bis zu den Corp. geniculata und dem Pulvinar in einen Tumor verwandelt; der rechte Tractus, Chiasma und beide Optici syphilitisch infiltrirt, zum Theil atrophisch. — Den Raum zwischen den Hirnschenkeln füllte eine frische gummöse Wucherung aus, die auf die Oculomotorii überging. Auch an der Stelle der austretenden Abducentes leichte gummöse Auflagerungen. Im linken Corp. restiforme ein Tumor, der fast die ganze linke Hälfte der Medulla oblong. in der Höhe des unteren Hypoglossuskernes infiltrirt und zerstört hatte. — Grössere Gefässe der Hirnbasis zeigten eigenartige syphilitische Veränderungen ihrer Wandungen. — Die andern Theile der Arbeit haben ein speciell neurologisches Interesse. Kohn.

Die Vorträge Gowers' (6) über die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems enthalten nach dem vorliegenden Referat nichts wesentlich Neues. Der Verfasser betont die Schwierigkeit der Diagnose, selbst der histologischen, die Mannigfaltigkeit der Processe (Entzündung, Neubildung, Arteriitis), berichtet über einen seltenen Fall von Cerebralblutung bei einem zwölfjährigen, hereditär-syphilitischen Knaben, bespricht die Bedeutung der Therapie auch für die Diagnose, und die gerade bei Nervenerkrankungen relativ häufigen Misserfolge der Therapie und bemerkt schliesslich, dass er den Einfluss der Syphilis auf die Tabes für erwiesen halte; bei 170 persönlichen Beobachtungen hat er in 55% der Fälle in der Anamnese Syphilis gefunden. Jadassohn.

Jaccoud (7) stellt gelegentlich der Veröffentlichung eines Falles von Syphilis, bei dem Nierenerscheinungen und solche von Seiten des Cerebrum vorhanden waren, die Behauptung auf, dass Albuminurie im Secundärstadium der Lues nicht so selten vorkomme. Sie werde nur häufig übersehen. Die Nierenaffectionen treten unter zweierlei Bildern auf, einmal bestehen sie in blosser Albuminurie, in einer andern Reihe von Fällen sind neben der Albuminurie Fieber und Oedeme vorhanden. Therapeutisch sei in der ersten Reihe ausser der antiluetischen Behandlung nichts nöthig, bei der zweiten müsse ausser dieser zu Drasticis und Diureticis gegriffen werden. Die Prognose sei bei diesen Nephritiden der Secundärperiode gut. Die Cerebralerscheinungen, die in dem genannten Falle in einer Hemiplegie und Sprachstörungen bestanden, besserten sich in wenigen Tagen, so dass Verfasser bei Uebernahme des Falles nur noch wenig davon vorfand. Stein.

Horstmann (8). Die primäre Neuritis optica syphilitica kann einseitig wie doppelseitig auftreten bei Patienten, deren Infection noch nicht allzulange zurückliegt. Bei ihr ist der Stamm des Opticus der Sitz einer syphilitischen Entzündung. Auch können die Sehnerven, beziehungsweise das Chiasma in eine gummöse Wucherung hineingezogen und davon durchwachsen werden. Horstmann sah innerhalb der letzten fünfzehn Jahre achtmal diese primäre, specifische Entzündung, und zwar dreimal doppelseitig und fünfmal einseitig. Der Verlauf der Krankheit ist zwar trotz geeigneter Behandlung ein langsamer, doch tritt in der Mehrzahl der Fälle Besserung ein. Ausser dieser primären Entzündung kann den Sehnerven auch eine secundäre treffen in Folge eines Gumma in der Schädelhöhle; alsdann zeigt sich das Bild der sogenannten Stauungspapille. Oder die syphilitische Entzündung kann sich von den Meningen in Form von Neuritis descendens nach dem Opticus und seinen Häuten hin weiterverbreiten. — Der Sehnerv wird unter allen Gebilden des Auges am seltensten von syphilitischen Entzündungen befallen, und von seinen specifischen Affectionen ist wiederum die primäre Neuritis die seltenste. Sternthal.

Jaccoud (9) berichtet über einen Fall von Aortenaneurysma, der in Folge von Syphilis entstanden ist. Er hat die betreffende Kranke mehrere Jahre in Behandlung gehabt. Bei ihrer Aufnahme im Jahre 1883 in das Hospital klagte dieselbe hauptsächlich über: 1. Schmerzen in der oberen rechten Brustseite, 2. anhaltendes Klopfen zwischen den Schultern und unter dem rechten Schlüsselbein, 3. Schwindelanfälle, die sich einstellten oder stärker wurden, seitdem ihre Krankheit nachgelassen hatte. Eine Aortenerweiterung wurde bei der Kranken nachgewiesen. Sie wurde mit Jodkalium und Zugpflastern behandelt. Darauf trat anscheinende Heilung ein. Zwei Jahre später kam Patientin, als sich neue Störungen zeigten, wieder. Die rechte Brustseite zeigte während der Respirationspause deutliche systolische Erschütterung, die Subclaviculararterien, besonders rechts, pulsirten ungewöhnlich stark, eine starke Hebung und Pulsiren des Aortenbogens war bemerkbar. Bis zum Manubrium sterni und rechts 2—3 Ctm. über das Sternum hinaus deutliche Dämpfung; an der Herzspitze ein systolisches Geräusch und ein leiseres Geräusch rechts vom Sternum im zweiten Intercostalraum, welches aus einem deutlichen systolischen und leisen postsystolischen Geräusch bestand. Zwischen den Schultern vom siebenten Halsbis zum fünften Brustwirbel war gleichzeitig mit der Herzsystole eine geringe Hebung zu beobachten. Die Diagnose lautete auf Erweiterung der aufsteigenden Aorta und des Aortenbogens, doppeltes Aneurysma. Ausserdem war noch eine Perforation des harten Gaumens, die bald auf Jodkalibehandlung schwand, vorhanden. Bei anhaltendem Gebrauch von Jodkalium traten die Erscheinungen von Seiten des Aneurysma ganz bedeutend zurück, so dass die Frau sich jetzt ganz wohl befindet. Im Anschluss an diesen speciellen Fall kommt Verfasser auf allgemeine Beobachtungen, die bisher bei syphilitischen Gefässveränderungen und deren Behandlung gemacht worden sind, zu sprechen. Er sagt, dass von den Fällen von Aneurysma, die man als syphilitische bezeichnet habe, wohl nur wenige wirklich syphilitischen Ursprungs seien. Trotz des guten Erfolges, den der Verfasser bei seiner Kranken gehabt hat, hält er die Prognose, nachdem sich einmal das Aneurysma ausgebildet hat, für schlecht und für nicht günstiger als bei den gewöhnlichen Aneurysmen, während er in dem sogenannten präaneurysmatischen Stadium viel von einer energischen und frühzeitig eingeleiteten Jodkaliumbehandlung erwartet. Zum Schluss fordert er dazu auf, bei den Syphilitikern, auch wenn sonst kein Grund dazu vorliegt, den Circulationsapparat genau mit zu untersuchen und bei dem geringsten verdächtigen Zeichen einzugreifen. Hilgenstock.

Boyd (10) stellte die anatomischen Präparate eines Falles mit syphilitischer Larynxaffection vor, bei dem wegen Glottisödem die Tracheotomie gemacht werden musste. Ledermann.

Ziffer (11) berichtet über einen Fall, in dem die physikalische Untersuchung die Diagnose einer Bronchitis der mittleren und feinen Bronchien zu stellen gestattete, im Sputum Tuberkelbacillen nachweisbar waren, Plaques am Munde und die Anamnese luetische Infection ergaben. In Erinnerung an einen analogen Fall verordnete Ziffer eine Inunctionscur, die wesentliche Besserung des Zustandes herbeiführte. Finger.

Ein zweiunddreissigjähriger Mann, welcher im Jahre 1879 einen indurirten Schanker gehabt hatte, kam im Mai 1886 mit den Erscheinungen einer Infiltration der rechten Lungenspitze auf Cantani's (12) Klinik. Der Auswurf des Kranken enthielt damals weder elastische Fasern, noch Tuberkelbacillen. Einige Tage nach der Aufnahme stellten sich Schwindelanfälle ein, die von rechtsseitiger Hemiparese, von Aphasie und verbaler Amnesie

gefolgt waren. Anfangs Juni bekam der Kranke epileptiforme Anfälle, die sich durch ungefähr acht Tage wiederholten. Auf eine nun eingeleitete Mercurialcur (Sublimatinjectionen) besserten sich sowohl die cerebralen Erscheinungen, als auch die Lungenaffection. Anfangs Juni entwickelte sich ein retropharyngeales Gumma, und im November trat in Folge einer Erkältung eine neuerliche Exacerbation des Lungenleidens ein: der Kranke bekam heftigen Husten mit blutigem Auswurf und eine Bronchorrhöe. Bei der Untersuchung der Sputa wurden jetzt Tuberkelbacillen gefunden. Cantani nimmt bezüglich der Lungenaffection an, dass es sich anfänglich blos um Lungensyphilis gehandelt habe, und dass die tuberculöse Infection in der syphilitisch erkrankten Lungenspitze erst nachträglich erfolgt sei.

Dornig.

Potain (13) schildert im Anschluss an einen von ihm vorgestellten Fall die Formen der Lungensyphilis. Dieselbe kann unter der Form 1. von Gummata, 2. von Induration des Lungengewebes, und 3. in der Form von Gummata und Induration auftreten; zur zweiten Form rechnet er ausserdem die unter dem Namen „weisse Pneumonie" bekannte desquamative Bronchopneumonie. Die Symptome der Lungensyphilis, die gewöhnlich der Tertiärperiode angehören, bieten nichts Charakteristisches, ähneln aber ungemein den Erscheinungen, welche die Lungenphthise bei Cavernenbildung und indurativen Processen auszeichnen; so dass eine Differentialdiagnose zwischen Lungensyphilis und Lungentuberculose stets schwierig ist, zumal da auch oft die bacteriologische Untersuchung der Expectorationen bei Phthise zu einem negativen Resultate führt. Ebenso schwer ist die Diagnose, wenn Lues und Tuberculose zusammen auftreten, es ergeben sich hierbei zwei Möglichkeiten, entweder die Lues tritt bei einer Tuberculose auf oder umgekehrt. Im ersteren Falle verschlimmert die Lues den Allgemeinzustand, sie schwächt den Organismus und seine Widerstandskraft; ausserdem vertragen Tuberculöse oft eine antiluetische Behandlung sehr schlecht. — Im zweiten Falle tritt die Tuberculose gewöhnlich im Tertiärstadium der Lues auf, sehr selten schon im Secundärstadium. — Hier erleichtert entschieden eine vorhergegangene luetische Lungenerkrankung den Tuberkelbacillen das Eindringen in das Lungengewebe und ihre Entwickelung; die Disposition zur Tuberculose ist gesteigert. Bei der Behandlung der tuberculös-luetischen Lungenerkrankungen ist zuerst die Lues, als diejenige Krankheit, welche den Allgemeinzustand der Tuberculose schwächt, zu bekämpfen, und erst dann die Tuberculose. Wenn auch in manchen Fällen die Phthisiker das Hg schlecht vertragen, so ist doch stets die Hg-Behandlung, als die am schnellsten zur Heilung führende, zu wählen, zumal da eine ausreichende Jodbehandlung dem Verdauungstractus schädlich ist. Leicht ist die Differentialdiagnose mit den anderen etwa noch in Betracht kommenden Lungenerkrankungen, mit Bronchiektasien, den „Hydatides du poumon" und dem Carcinom der Lungen.

Galewsky.

Bei einer seit Jahren luetischen Frau, die abmagerte, blutigen Auswurf, Husten und Rasselgeräusche über den Lungen zeigte, konnte Schech (14) bei der Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel in der Trachea mehrere Centimeter über der Bifurcation an der vorderen und rechten Wand je einen blassrothen, breit aufsitzenden Tumor wahrnehmen. Patient erlag in einem Anfall von Dyspnöe. Die Section ergab zum Theil ulcerirte Gummata der Trachea, die sich bis in die Bronchien fortsetzten. In den Oberlappen beider Lungen derbe Knoten, über denen die Pleura verdickt war, und die sich als Verdickungen der Lungensepta, ähnlich wie bei der chronischen interstitiellen Pneumonie, darstellten, die mit den Trachealgummen direct zusammenhingen.

Finger.

Der von Lehzen (15) veröffentlichte Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie ist bei der Seltenheit dieser Erkrankung und bei der Bedeutung, welche vor Allem auch ihre Aetiologie in allgemein pathologischer Beziehung darbietet, von grossem Interesse. Es handelte sich um ein sechsundzwanzigjähriges Mädchen, das an schwerer ulceröser Lues (Narben im Rachen, specifische Fussgeschwüre) litt; die Quelle der Infection war nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Während der Zeit ihrer Beobachtung im Julius-Hospital in Würzburg (165 Tage) hatte sie im Ganzen 54 Anfälle von Hämoglobinurie, welche theils durch Kälte, theils durch Bewegung, theils auch durch psychische Affecte veranlasst wurden. Die Anfälle traten unter lebhafter Fieberbewegung, meist mit Schüttelfrösten auf; Leber und Milz waren oft deutlich geschwollen; zur Zeit der selteneren Anfälle trat auch Icterus ein. Gewöhnlich war nur eine Urinmenge hämoglobinhältig; manchmal enthielten die nächsten Harnportionen nur noch Albumen ohne Hämoglobin. Die Anfälle wurden im Sommer seltener und milder. Die specifische Therapie war ohne einen besonders augenfälligen Einfluss auf die Hämoglobinurie, denn es traten während der Hg-Behandlung (energische Schmiercur) in 60 Tagen 13 Anfälle, in 39 Tagen der Jodkalimedication 25, in 65 Tagen, wo Chinin gegeben wurde, 15 Anfälle auf. Die theoretischen Erörterungen des Verfassers schliessen sich an die Leube's und Ponfick's an — interessant ist der Fall durch das Vorhandensein schwerer Spätsymptome der Lues und durch die relative Erfolglosigkeit der antiluetischen Therapie. Jadassohn.

Hereditäre Syphilis.

1. **Neumann.** Beitrag zur Kenntniss der hereditären Syphilis. Vortrag gehalten in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien, vom 7. December 1888.
2. **Ohmann-Dumesnil.** Ein Fall hereditärer Syphilis, der Lepra vortäuschte. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1888. October.
3. **Toutut.** Les gommes de la peau dans la syphilis héréditaire. — Thèse de Paris 1888.
4. **Delforges.** A propos d'un cas de syphilis héréditaire. — Arch. méd. belges. 1888. pag. 319.

Neumann (1) macht Mittheilung über 109 Fälle hereditärer Syphilis, die zur Beurtheilung der Fragen über das Verhältniss der Syphilis des Vaters, der Mutter und deren Einwirkung auf den Fötus zu verwerthen waren. Neumann gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Die syphilitische Mutter kann in jedem Stadium, bei der Infection sowohl vor als auch nach der Conception ihre Krankheit auf die Nachkommen übertragen. 2. Die nach der Conception erworbene Syphilis der Mutter geht bisweilen auf den Fötus über. Selten ist die Uebertragung auf das Kind bei der rein postconceptionellen Syphilis, am seltensten, wenn die Infection der Mutter erst in den letzten Monaten der Gravidität erfolgt ist. 3. Hat die Infection der Mutter nach der Conception stattgefunden und war der Vater zur Zeit der Zeugung luetisch, dann ist der Einfluss auf die Nachkommenschaft bei Weitem intensiver. Die Kinder sterben schon im Uterus oder bringen Syphilis mit zur Welt. 4. Bei postconceptioneller Syphilis, wo die Infection noch unbekannt ist, ist das Verhältniss wie bei der rein postconceptionellen Syphilis. Die in den letzten Schwangerschaftsmonaten acquirirte Syphilis geht häufig auf die Nachkommen nicht über. 5. Wenn Infection und Conception gleichzeitig erfolgen, werden in der Hälfte der Fälle die Kinder zu Grunde gehen. Bemerkenswerth bleibt es immer, dass ein grosser Bruch-

theil der Nachkommen frei von Syphilis bleibt, trotzdem die Syphilis bei den Eltern zur Zeit der Conception eine floride war. Somit ist die Behauptung unrichtig, dass nie ein gesundes Kind zur Welt kommt, wenn beide Eltern zur Zeit der Conception syphilitisch sind, noch weniger die, dass nur dann gesunde Kinder geboren werden, wenn die Syphilis der Eltern zum mindesten sieben Jahre alt ist. 6. Bei der Infection vor der Conception kommt zunächst die Zeit in Betracht, in welcher die Conception stattgefunden; je weiter diese von dem Momente der Infection gerückt ist, desto günstiger ist die Prognose für die Nachkommenschaft. 7. Am meisten Chancen für das Verschontbleiben haben jene Descendenten, deren Mütter die Syphilis erst in den letzten Monaten der Schwangerschaft acquirirt haben und deren Vater zur Zeit der Zeugung gesund war; ebenso die Nachkommen von tertiär syphilitischen Eltern; am wenigsten Chancen, wo Conception und Infection zu gleicher Zeit erfolgte, oder wo der Vater zur Zeit der Zeugung an recenter Syphilis gelitten. 8. Diese Beobachtungen geben auch bezüglich der paternen Syphilis Aufschluss, namentlich weil jene Fälle, in welchen der Vater zur Zeit der Zeugung syphilitisch war, die Mutter erst postconceptionell inficirt wurde und die Kinder bald nach der Infection macerirt zur Welt kommen, auf die Gefährlichkeit der paternen Syphilis hinweisen. Finger.

Es handelte sich in dem Falle Ohmann-Dumesnil's (2) um einen achtzehnjährigen Knaben, dessen Vater vor fünfundzwanzig Jahren Syphilis acquirirt hatte. Der Knabe hatte bis zum fünfzehnten Jahre keine Erscheinungen dargeboten, zeigte in diesem Alter zunächst ein Geschwür am Bein, dazu gesellte sich interstitielle Keratitis, Caries der Nasenknochen. Als Verfasser ihn sah, zeigte er im Gesicht eine zusammenhängende knotige Infiltration, die sich bis auf die Ohren ausdehnte. Die Nase war platt, die Nasenflügel, gleich den Ohrläppchen, knotig verdickt. Aehnliche knotige Verdickungen an beiden Handrücken, die Haut im Ganzen verdickt, schuppend, wenig elastisch, die Hautfunctionen gering. Die Lymphdrüsen geschwollen, keine nervösen Erscheinungen. Jodkali und Quecksilber intern, Salicylsäurevaselin äusserlich bringen Besserung. Finger.

Toutut (3) beschreibt und charakterisirt in seiner Arbeit die Gummata der Haut bei hereditär-syphilitischen Kindern nach seinen Beobachtungen an vierzehn Fällen. Die Gummata treten gewöhnlich auf nach den ersten sechs Monaten des ersten Jahres, selten wurden sie schon im dritten Monate des ersten Jahres beobachtet. Sie sind gewöhnlich begleitet von den anderen Zeichen der hereditären Lues. Einige Male traf man bei den Autopsien auch viscerale und Knochenerkrankungen. Ihre Entwickelung ist schneller, als bei denen der erworbenen Syphilis, sonst ähneln sie diesen vollständig. Die Differentialdiagnose mit den scrophulösen Gummata ist leicht, wenn man die Nebenerscheinungen in Betracht zieht. Toutut empfiehlt bei der gummösen Erkrankung der Haut die antisyphilitische Behandlung.

Galewsky.

Therapie der Syphilis.

1. **Drysdale** C. R. The so-called abortive treatment of syphilis. — The Therap. Gaz., 15. December 1888.
2. **Jacobi** A. Therapie des Säuglings- und Kindesalters. IV. Constitutionelle Krankheiten. 5. Syphilis. — The Arch. of Pediatrics, November 1888, pag. 641 ff.
3. **Prettyman** J. S. Is a prolonged mercurial course advisable? — New York Med. Rec., 8. September, 1888, pag. 261 ff.

4. **Silex** Paul. Zur Therapie der syphilitischen Augenleiden. — Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 43.
5. **Winternitz.** Quantitative Versuche über Resorption und Ausscheidung des Quecksilbers. — Sitzung d. Ver. deutscher Aerzte vom 19. October 1888. Wiener med. Wochenschr. 1888, Nr. 44.
6. **Neumann.** Ueber die Wirkung des salicylsauren Quecksilbers gegen constitutionelle Syphilis. — Wiener med. Wochenschr. 1888, Nr. 47.
7. **Inge.** A practical investigation of the therapeutic value of the salicylate of mercury. — The Atlanta Med. and Surg. Journ. 1888, June, pag. 193—198.
8. **Finger.** Ueber Behandlung der Syphilis mit subcutanen Calomelinjectionen. — Wiener med. Presse 1888, Nr. 48 ff.
9. **v. Haudring** Eduard. Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit Calomelinjectionen. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1888, 43.
10. **Lang.** Ueber die Anwendung des Oleum cinereum. — Therap. Monatsh. 1888, October, pag. 486.
11. **Balzer.** Des injections d'huile grise. — Ref. La semaine méd. 1888, Nr. 45.
12. **Balzer** et **Reblaub.** Sur les lésions expérimentales causées par les injections intramusculaires d'huile grise et d'oxyde jaune de mercure. — Ref. Le progrès méd. 1888, Nr. 46.
13. **Briend.** Traitement de la Syphilis par les injections d'huile gris (Oleum cinereum). — Thèse de Paris 1888.
14. **v. Düring** E. Die Einwirkung des regulinischen Quecksilbers auf thierische Gewebe. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 21.
15. **Runeberg.** Qvicksilfverförgiftning med dödlig utgång effer subcutana kalomelinjektioner. — Tinska läkaressalskapass Handlingar 1888, 10, pag. 626—640.
16. **Squibb.** Jodäthylinhalationen. — New York Med. Record, Juni 16, 1888, pag. 672.
17. **White** William J. The diagnostic value of tolerance of the iodides in syphilis. — The Therap. Gaz., Dec. 15, 1888,
18. **Wood** H. C. The iodide of potassium in syphilis. — The Therap. Gaz., 15. December 1888.
19. **White** William J. Iodismus and syphilis. — The Therap. Gaz., 15. December 1888.
20. **Taylor** R. W. Dermatitis tuberosa als Folge von Jodkaliumintoxication; die sogenannte Acné anthracoïde iodopotassique. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 24.
21. **Horovitz.** Zur mechanischen Behandlung der syphilitischen Psoriasis mucosae oris. — Wiener med. Presse 1887.
22. **Ruault.** Naphtholwasser bei Ozäna und purulenter Rhinitis. — Arch. de laryngol. et rhinol. December 1887.

Drysdale (1) sagt in einem Vortrage über die Abortivbehandlung der Syphilis, dass schon Solly, später besonders Hutchinson behauptet haben, dass das Hg eine keimtödtende Kraft besitze und dass kleine Dosen davon, bei Initialsklerose angewendet, das Auftreten weiterer Symptome der Syphilis verhindern könnten. Dass dies bei früheren Versuchen nicht gelungen sei, habe daran gelegen, dass zu grosse Dosen Hg gegeben worden seien, welche natürlich nicht lange genug angewendet werden konnten, so dass während des Aussetzens der Behandlung einige der zurückgebliebenen syphilitischen Keime sich weiter verbreiten und vermehren konnten. Spencer Wells dagegen glaubt, dass das Hg das Auftreten secundärer Erscheinungen nicht zu verhindern im Stande ist. Dasselbe behauptet Diday in Lyon, der eine

Anzahl von Syphilisfällen in der Schankerperiode theils ohne, theils mit Hg (und zwar Pillen aus Hydrarg. jodatum) behandelte. Drysdale selbst gab in Rescue Society's Hospital in London allen Patienten mit syphilitischem Schanker zuerst 0·01 Hydrarg. jodat. flavum, später 0·06 Hydrarg. cum creta längere Zeit hindurch. Trotzdem beobachtete er immer leichte secundäre Symptome. Neuerdings hat I. Neumann (Wiener medicinische Blätter 1886) in der Schankerperiode der Syphilis die Inunctionscur als Abortivmittel angewandt und trotzdem bei allen Patienten Schleimhautpapeln beobachtet. Er fand dabei, dass das Hg das Verschwinden des Schankers beschleunigte und das Auftreten der secundären Erscheinungen hinausschob. Fournier behauptet, dass durch längeren Gebrauch des Hg in der Frühperiode der Lues das Vorkommen tertiärer Erscheinungen in einer grossen Anzahl von Fällen verhindert werde. Lancereaux und Jullien dagegen leugnen dies und des Letzteren Statistiken zeigen, dass die schwersten tertiären Fälle in Paris lange Zeit mit Hg behandelt werden. Nach Keyes (New-York) werden alle Syphilisfälle am besten mit 0·01 Hydrarg. jodat. flav. mehrmals täglich, Monate, ja sogar Jahre lang behandelt. Dadurch soll die Zahl der Blutkörperchen vermehrt werden. Diese kleinen Dosen sind, wie Drysdale beobachtet hat, vollständig unschädlich. Ob sie aber das Auftreten tertiärer Erscheinungen zu verhindern im Stande sind, ist schwer zu entscheiden. — Jodkali hat entweder allein oder zusammen mit Hg einen unzweifelhaften Einfluss auf Gummata. Bei tertiären Erkrankungen der Knochen und Weichtheile sollte es freigebig gebraucht, bei schwerer cerebraler Lues mit Inunctionscur verbunden werden. Drysdale schliesst mit dem Wunsche, dass nach Empfehlung Hutchinson's Hg cum creta in Dosen von 0·06 als Abortivcur bei der Lues angewandt werden möge. Zeising.

Aus einer längeren Reihe therapeutischer Aufsätze des bekannten amerikanischen Kinderarztes Jacobi (2) bringen wir einen Auszug über die Behandlung der Syphilis. Die Ernährung des Kindes muss, wenn irgend möglich, durch die mütterliche Nahrung geschehen, gleichviel ob bei Mutter oder Kind Zeichen der Infection vorhanden sind oder nicht; gleichzeitig aber muss bei beiden eine energische antisyphilitische Behandlung Platz greifen. Einer gesunden Amme darf man ein manifest syphilitisches Kind nicht an die Brust geben, da die Infection durch die Brustwarze ebenso deletär aufzutreten pflegt, wie diejenige am Finger des Arztes. Ausnahmsweise will Verfasser gestatten, dass man auch eine gesunde Amme annimmt, aber nur unter offener Darlegung aller Gefahren und mit der Anweisung, das Kind nie ohne Warzenhütchen zum Schutz vor der Ansteckung anzulegen. Auch hier muss eine energische Behandlung des Kindes sofort eingeleitet werden, gleichviel ob die Zeichen der Syphilis klar zu Tage liegen, oder nur der Verdacht vorliegt. Eine strenge und durchgreifende Behandlung der Eltern muss prophylaktisch eingeleitet werden, wo durch habituelle Aborte oder andere Zeichen das Vorhandensein der Syphilis wahrscheinlich geworden ist. Die medicamentöse Behandlung der hereditären Syphilis muss stets eine mercurielle sein. Am wärmsten befürwortet Verfasser die innerliche Darreichung des Calomel in Dosen von 3 Mgr. bis 1 Ctgr. dreimal täglich, mehrere Monate nacheinander; stellt sich dabei Diarrhöe ein, welche nicht auf fehlerhafter Ernährung beruht, so gibt er dazu 3 bis 5 Mgr. Dover'sches Pulver. Weniger geeignet ist die Schmiercur oder die Einwicklung in Quecksilberpflaster; dagegen ist der Zusatz von $^1/_2$ bis $1^1/_2$ Gr. Sublimat zum Bade anzurathen. Dieselbe Behandlung ist auch für die Fälle von erworbener Syphilis im Kindesalter einzuleiten. An den besonders schweren Formen der angeborenen Syphilis, wie sie sich vorzüglich in den

inneren Organen, in den Knochen, in den Hoden, und im Gefässsystem localisiren, ist diese Behandlung aber unzureichend; hier zieht Verfasser die subcutane Injection von Sublimat (zwei bis vier pro mille) in täglichen Dosen von $^1/_2$ bis 1 Mgr. vor. Wo Knochen und Drüsen schon frühzeitig erkranken, ist die Quecksilberbehandlung mit der Darreichung der Jodpräparate zu verbinden. Jodkalium kann den Kindern in Dosen zu 30 Ctgr. bis $1^1/_4$ Gr. täglich verabreicht werden. Jedenfalls ist die Behandlung nicht eher zu schliessen, als bis jedes irgendwie verdächtige Zeichen geschwunden ist. Th. Toeplitz.

Prettyman (3). Eine weitläufig angelegte Jeremiade über das „böse Quecksilber", dem wie gewöhnlich die Tertiärerscheinungen der Syphilis zur Last gelegt werden, und Empfehlung des Jodkalium in Verbindung mit drastischen Mitteln (Irisin, Phytolaccin, Euonymin, Leptandrin, Podophylin etc.) Arning.

Silex (4) stellt bei syphilitischen Augenleiden die Wirkung der Schmiercur höher als die der Sublimatinjectionen nach Lewin. Er legt mit Schweigger Werth darauf, dass die Einreibungen — im Ganzen 90—100 Gr. Ungt. ciner., angewendet in Cyclen von je fünf Frictionen à 3 Gr. — nicht zu Hause von den Kranken selbst, sondern in Anstalten vorgenommen werden. Zu gleicher Zeit mit der Schmiercur lässt er schwitzen und zwar jedesmal zwei Tage, worauf ein Tag frei ist. Während der Cur ist eine kräftige Diät erforderlich, und als Nachcur muss der Patient 100 Gr. Jodkalium — in Lösung von 5·0 : 200·0 — zu Haus verbrauchen. Was die Resultate dieser Behandlungsweise anlangt, so wurde bei vierundzwanzig von fünfzig Patienten das Wiederauftreten von Augenentzündungen in einem Zeitraum von wenigstens anderthalb Jahren verhütet, während vierzehn andere Patienten, welche — zwei sogar zu wiederholten Malen — mit Sublimatinjectionen behandelt worden waren, spätestens nach anderthalb Jahren von syphilitischen Augenerkrankungen befallen wurden.
Sternthal.

Winternitz (5) hat nach einer von Prof. Hofmeister angegebenen, sehr empfindlichen Methode die ausgeschiedenen Quecksilbermengen bei Inunctionen, Calomelinjectionen, interner und localer Sublimatapplication untersucht. Dabei zeigte sich die im Urin ausgeschiedene Menge bei Calomelinjectionen und interner Darreichung am grössten, geringer bei Inunctionen, am geringsten, ja meist Null, bei örtlicher Sublimatapplication. Diese Erfahrung, gleichzeitig mit Versuchen, die aus einer Salbe verdunstende Menge Hg festzustellen, bringen Verfasser zur Ansicht, dass die Resorption des Hg bei der Inunction wenigstens theilweise in Gasform, verdunstet aus der Salbe, stattfindet.

Neumann (6) hat in zwanzig Fällen recenter und einem Fall inveterirter Syphilis das Hydrarg. salicylic. bei zehn Patienten intern in Pillen (0·0175 pro dosi 0·052 pro die) und subcutan (0·2 : 60 Aqua) angewendet. Die Injectionen, jeden zweiten bis dritten Tag vorgenommen, schwankten der Zahl nach bis zur Heilung zwischen sechs bis zwölf. Sowohl in Form der Pillen als der Injectionen wurde das Hydrarg. salicyl. gut vertragen. Die Injectionen machten weder Infiltrate und Abscesse, noch Schmerz. Bezüglich seiner Wirkung gegen den Syphilisprocess stellt Neumann es auf eine Stufe mit dem Sublimat, Peptonquecksilber, Bicyanuret.
Finger.

Inge (7) hat das Quecksilbersalicylat in mehreren Fällen bei syphilitischen und parasitären Hauterkrankungen versucht und zwar mit so überraschend vorzüglichem Erfolge, dass er dasselbe als dem Sublimat ganz

gleichwerthig, in einigen Fällen sogar überlegen bezeichnen möchte; die verschiedenen Hautkrankheiten (Eryth. circinatum, chronisches Eczem u. s. w.) werden mit dem Mittel schnell beseitigt; sehr günstig war auch die Wirkung des Quecksilbersalicylats in denjenigen Syphilisfällen, welche dem Gebrauche des Sublimats widerstehen. Innerlich wandte Inge das Mittel als Mixtur an (1‰ Lösung) und gab davon drei Kaffeelöffel täglich. Aeusserlich gebrauchte er das Mittel in Salben (1:12) und Pulverform (mit Oxyd. zinci oder Magist. bismuthi). Nach des Verfassers Meinung sind die Vorzüge des Quecksilbersalicylats vor dem Sublimat folgende: 1. es reizt gar nicht die Magenschleimhaut und 2. verursacht es keine Stomatitis (?).

Szadek.

Finger (8) hat neununddreissig Patienten mit im Ganzen 229 Injectionen theils des Neisser'schen Calomelwasser, theils der Oelsuspension behandelt und hat keinen einzigen Abscess erhalten; er führt dieses günstige Resultat vor Allem darauf zurück, dass er fast täglich seine Canülen schleifen liess; die localen Effecte der Einspritzungen entsprachen den bisherigen Veröffentlichungen; die Schmerzen waren wechselnd, niemals so arg, dass die Behandlung unterbrochen werden musste. Auch die therapeutischen Resultate Finger's bringen eine erwünschte Bestätigung der Publicationen aus der Breslauer Klinik, zumal nachdem Neumann die zur Beseitigung der Symptome nothwendige Zahl der Einspritzungen als so beträchtlich höher angegeben hat. Die leichteren maculo-papulösen Formen schwanden (ohne locale Behandlung) nach drei bis vier, die schwereren („psoriatischen") nach fünf bis sechs Injectionen. Dass in einzelnen Fällen eine besondere Renitenz der Syphilisproducte gegen das Calomel, wie gegen jede Hg-Behandlung besteht, konnte auch Finger constatiren. Bei einem Patienten schwanden die Erscheinungen erst nach achtzehn Injectionen.

Jadassohn.

Haudring (9) berichtet über 294 Calomelinjectionen, welche von ihm bei 64 Syphilitischen in Prof. Dehio's Abtheilung zu Dorpat ausgeführt wurden. Es wurde für jede Injection 0·1 Calom. vap. par. in einer Pravaz'schen Spritze mit Glycerin (später Oel) suspendirt. Die Einspritzungen wurden mit allen antiseptischen Cautelen subcutan, manchmal auch intramusculär ausgeführt und alle 8 Tage wiederholt. Von 294 Injectionen abscedirten 15. Die nach der Injection entstehenden Verhärtungen zeigten eine ziemlich diffuse Ausbreitung, schwanden aber im Verlaufe von circa zwei Wochen. Die Schmerzen waren meistens unbedeutend. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich vier Wochen mit fünf Injectionen; nur in einem Falle erhielt eine Patientin acht Injectionen. Die meisten Kranken litten an secundärer Lues. Neben der Allgemeinbehandlung wurde auch eine locale Therapie angewandt. Stomatitis und Salivation traten nur bei acht Kranken ein und waren nie sehr bedeutend. Nach Verfassers Urtheil steht die Wirksamkeit der Methode kaum hinter der der Inunctionscur, obgleich syphilitische Erscheinungen bei den Calomelinjectionen vielleicht etwas langsam schwinden. Szadek.

Lang (10) theilt auf eine Anfrage aus Stockholm, in welcher über die salbenartige Consistenz des Ol. cinereum geklagt worden war, einige Bemerkungen über die Anwendungsweise und die Vortheile des von ihm empfohlenen Präparates mit, welche im Wesentlichen in seinen früheren Arbeiten bereits enthalten sind; er betont, dass er zunächst eine nur aus Lanolin und Hg bestehende Salbe bereiten lässt und dann dieser in kleinen Portionen Olivenöl zusetzt; er hebt, um die gleichmässige Suspension des Hg zu erhalten, das Präparat in der Kälte auf und erwärmt es vor dem Gebrauch; er benützt jetzt, um eine recht genaue Dosirung zu ermöglichen,

nur 0·5 Cctm. haltende Spritzen. Weitere neue Thatsachen werden in der kurzen Notiz nicht gegeben.

Balzer (11) berichtet in aller Kürze, dass nach seinen Erfahrungen — im Gegensatz zu Berichten anderer Autoren — das graue Oel (in der Lang'schen Zusammensetzung) nur sehr unbedeutende und leicht reparable Veränderungen im Muskelgewebe erzeuge und dass die Nerven speciell keine Alteration erlitten. Die Schmerzen, welche Injectionen mit grauem Oel manchmal (nach den Erfahrungen an der Breslauer Klinik nur sehr selten) hervorrufen, müssten also von einer Compression der Nervenfäden nicht von einer Veränderung ihrer Structur abhängen. Die Frage, ob Balzer in den „Abscessen" Bacterien gefunden habe, beantwortet er — in Uebereinstimmung mit den sonstigen Erfahrungen — negativ.

Weiterhin haben die Versuche Balzer's — in Gemeinschaft mit Reblaub (12) — ergeben, dass die durch das graue Oel in dem Muskel gesetzten Veränderungen — Ansammlung einer blutig-eitrigen Masse, die sich allmälig resorbirt — im Gegensatze zu den grösseren Zerstörungen stünden, welche Einspritzungen des gelben Hg-Oxyds bei Hunden ergeben hätten: hier hatten sich grosse Herde gefunden, deren Wände mit Leukocyten, Blut und Körnchenzellen infiltrirt waren. Die Muskelfasern auseinander gedrängt, zerrissen, oder verschmälert oder ganz entartet. Diese Versuche ergaben also — was auch aus dem klinischen Verlauf zu erschliessen war — dass Injectionen von Hg-Oxyd schwerere und tiefere Zerstörungen setzen, als solche von grauem Oel.

Briend (13) schildert in seiner These die Erfahrungen, welche in der Abtheilung Balzer's mit dem Oleum cinereum gemacht worden sind. Balzer hat zuerst das Lang'sche Präparat angewendet, hat aber nach der Veröffentlichung Harttung's in dieser Vierteljahresschrift die Neisser'sche Formel des Ol. ciner. benzoatum acceptirt und rühmt diesem wesentliche Vortheile nach; als einzigen Nachtheil betrachtet er die Schwierigkeit und Langwierigkeit seiner Herstellung, welche aber keineswegs so gross ist, als sie in der vorliegenden Arbeit dargestellt wird. Die anatomischen Untersuchungen, die Balzer im Verein mit Reblaub (der Name ist in den verschiedenen Publicationen ganz verschieden gedruckt) an von Hunden erhaltenen Präparaten angestellt hat, sind bereits an diesem Orte referirt und bestätigen im Allgemeinen die Harttung'schen Untersuchungen; auffällig ist nur, dass der Verfasser behauptet, die Einspritzungen von grauem Oel verursachten keinerlei Zerstörung von Muskelsubstanz — denn ganz ohne solche verlaufen doch auch sie keineswegs, Briend acceptirt ferner die Harttung'sche Deutung: dass die Hg-Kügelchen in loco in Sublimat umgewandelt werden, als die wahrscheinlichste. Von den klinischen Resultaten, die im Ganzen mit den Erfahrungen an der Breslauer Klinik übereinstimmen, ist nur hervorzuheben, dass bei Balzer verhältnissmässig häufig diffuse Schwellungen in den ersten Tagen beobachtet worden sind, dass auch die Schmerzhaftigkeit oft eine grössere war, als wir sie gesehen haben, und dass endlich unter fast 300 Injectionen 10—15 „nekrotische Abscesse" vorkamen — eine Ziffer, welche entschieden nur auf eine bisweilen mangelhafte Injectionstechnik bezogen werden kann. Das Hg konnte bereits 24 Stunden nach der ersten Injection im Urin nachgewiesen werden. Endlich wollen wir noch die eine der Schlussfolgerungen Briend's, dass vier Einspritzungen von grauem Oel für die Syphilisbehandlung im ersten Jahre genügen, hervorheben; den Anschauungen Fournier's und Neisser's entspricht dieser Schluss wohl kaum. Jadassohn.

Gelegentlich einer Untersuchung, ob regulinisches Quecksilber in Form subcutaner, respective intramusculärer Injectionen zur Behandlung der Syphilis geeignet sei, konnte von Düring (14) bei drei Patienten die Veränderungen studiren, welche der Mercurius vivus am Orte der Injection hervorruft. Das Gemeinsame der drei Fälle ist, dass es durch den chemischen Reiz des injicirten Hg am Orte der Deponirung zur Bildung von Tumoren kam, welche mikroskopisch ausgezeichnet waren durch massenhaftes, junges, fibrilläres Bindegewebe, regressive Metamorphose der Muskelzellen, kleinzellige Infiltration der Umgebung der frei in den Lymphbahnen liegenden Kügelchen von Hg und ziemlich reichliche Gefässbildung an der Peripherie der Neubildung. Nirgends eitrige Infiltration des Gewebes. — Diese Tumoren waren in zwei Fällen in der Glutäalmusculatur als derbe Infiltrationen zu fühlen und leicht herauszuschälen. In dem einen Falle zeigten sich an der Oberfläche eine Anzahl fistelartiger Oeffnungen, welche auf Druck stets Hg-Kügelchen entleerten, nie Eiter. Die Schnittfläche zeigt grauröthliche bis graugelbe Färbung und lässt makroskopisch starke Bindegewebszüge erkennen, dazwischen weichere Massen, in denen Hg-Kügelchen eingelagert sind. Der dritte Tumor entstand in Folge einer subcutanen Injection am Vorderarm und hatte eine fluctuirende Consistenz. Die ihn überziehende Hautdecke war rothbraun gefärbt und ebenfalls von kleinen Fisteln durchbrochen, die auf Druck Hg-Kügelchen entleerten. Die ganze Geschwulst glich einem Sarkom. Sternthal.

An die von Smirnow und Kraus beobachteten Todesfälle in Folge Calomelinjectionen anknüpfend, theilt Runeberg (15) einen ähnlichen Falle mit, welcher eine vierunddreissigjährige secundärsyphilitische Frau betraf; bei dieser wurden auch seit einigen Jahren ausserdem die Symptome perniciöser Anämie beobachtet. Es trat schwere Stomatitis ulcerosa mit einer profusen Salivation auf, dann eine reichliche Diarrhöe u. s. w., nachdem der Kranken in der Hellingfors'schen Poliklinik drei Injectionen von je 0·1 Calomel innerhalb eines Monats gemacht worden waren. Nach wenigen Tagen stellte sich Tod unter Collaps ein. Die Section ergab eine ausgedehnte diphtherische Affection des Dickdarms und eine hochgradige Blutarmuth sämmtlicher Organe. In einem Injectionsherde fand man einen Abscess, welches ausser Hg circa zwei Esslöffel Eiter (?) enthielt. Verfasser warnt vor den Injectionen mit grösseren Quantitäten unlöslicher Hg-Präparate, die besonders für schwächere und anämische Personen gefährlich sind, und hält überhaupt die Quecksilberinjectionscur bei solchen Patienten für contraindicirt. Szadek.

Squibb (16) empfiehlt als vielfach zweckmässige Jodmedication die Inhalation von fünfzehn bis zwanzig Tropfen Jodäthyl. Nach fünfzehn bis achtzehn Inspirationen ist im Verlauf von einer Viertelstunde Jod im Urin nachweisbar. Arning.

White (17) wendet sich in seiner Abhandlung gegen H. C. Wood, der in einem Artikel über syphilitische Erkrankungen der Nervencentren behauptet, dass „in allen Fällen von zweifelhafter Diagnose der sogenannte therapeutische Beweis angetreten werden sollte, nach welchem, wenn 60 Gran (3·75 Gr.) Kal. jodat. pro die nicht im Stande seien, Jodismus hervorzurufen, für alle praktischen Zwecke der Patient als syphilitisch zu betrachten sei", und gegen Jullien, der der Ansicht ist, dass, „das Vorhandensein der Syphilis sehr viel dazu beiträgt, Toleranz gegen Jodpräparate zu erzeugen". Gegen die auf persönlicher Erfahrung basirende Behauptung Wood's, führt White an, dass, wenn auch das schnelle Verschwinden ernster Cerebralsymptome unter dem Gebrauch grosser Joddosen stark vermuthen lässt,

dass die Ursache der Symptome die Syphilis war, doch andererseits, wenn in einem ähnlichen Falle dieselben grossen Dosen die Symptome nicht in gleicher Weise zum Verschwinden bringen, man nicht ohne weiteres annehmen dürfe, dass die Krankheit nicht specifischer Natur sei. Wenn nun aber in dem letzteren Falle grosse Dosen Jod keinen Jodismus hervorrufen, so dürfe man doch auf dieses Factum hin nicht glauben, dass trotz des Fortbestehens der Symptome die Krankheit wahrscheinlich specifischer Natur sei. Nachdem dann White die verschiedenen Symptome des Jodismus, sowie die verschiedenen Ansichten über des letzteren Zustandekommen besprochen, kommt er zu der Jullien'schen Theorie, welche die Toleranz syphilitischer Personen gegen grosse Dosen Jod durch die Gegenwart eines Giftes erklärt, dessen Zerstörung die Activität des Jodes erschöpfen soll. Gegen diese Theorie spricht, dass das Jod in der Mehrzahl der Fälle erst bei der tertiären Lues angewendet wird, also in einem Stadium, in dem die Krankheit nicht mehr ansteckend und meist nicht mehr übertragbar ist, mithin bereits alle die Besonderheiten verloren hat, welche die Gegenwart eines lebenden, activen, generalisirten Giftes im Blut und in den Geweben anzeigen. Deshalb erscheint es White sehr unwahrscheinlich, dass es irgend ein Gift in irgend einer Form gibt, welches die Wirkung des Jodes und seiner Präparate so neutralisiren kann, dass es ihre Wirkung auf gesunde Gewebe verhindert. Er ist vielmehr der Ansicht, dass, wie auch Hutchinson in seinem letzten Werke über Syphilis dargelegt, das Auftreten des Jodismus auf Idiosynkrasie beruht. Deshalb können nur solche Fälle für oder gegen die von Wood und Jullien aufgestellte Theorie angeführt werden, in denen grosse Dosen Jodkali vor und nach der Infection mit Syphilis gegeben worden sind. White selbst führt drei solcher Fälle an. Seine Schlussfolgerungen sind: 1. Persönliche Idiosynkrasie ist ein so grosser Factor in Bezug auf die durch Jodpräparate erzeugten Vergiftungserscheinungen, dass sie vollständig einen möglicher Weise vorhandenen Einfluss einer vorhandenen Syphilis in Schatten stellt. 2. Es gibt keine genügenden theoretischen Gründe, zu glauben, dass Syphilis in irgend einem Stadium das Auftreten des Jodismus durch den Process der Neutralisation verhindert. Besonders unwahrscheinlich ist dies in den letzten Stadien der Krankheit. 3. Deshalb ist es sehr unsicher, irgend einen diagnostischen Schluss aus der Gegenwart oder Abwesenheit des Jodismus nach der Anwendung grosser Joddosen zu ziehen. Zeising.

Wood (18) nimmt einen indirecten Antagonismus zwischen dem syphilitischen Virus und dem Kal. jodat. an, indem ersteres im Organismus Veränderungen hervorruft, welche die Beziehungen des letzteren zu den Jodpräparaten ändern. Der Werth der von White angeführten Fälle erscheint ihm zu gering gegenüber seinen Beobachtungen an fast 2000 Fällen von Nervenkrankheiten Syphilitischer, welche ergaben, dass bei denselben eine ausserordentliche Toleranz gegen Jodpräparate vorhanden war, so dass mit seltenen Ausnahmen, fast alle diese Kranken Dosen von mindestens 20 Gran (1·25 Gr.) in häufiger Wiederholung vertrugen, während die grosse Mehrzahl Gesunder (d. h. Nichtsyphilitischer) Dosen von über 10 Gran (0·6 Gr.) dreimal täglich nicht nehmen konnten, ohne dass Jodismus eintrat. Indessen kommen Fälle vor, in denen durch Beginn mit kleinen Dosen und allmäliger Steigerung derselben auch bei Nichtsyphilitischen Toleranz gegen Jodpräparate erzeugt werden kann. Für praktische Zwecke gilt aber die Regel, dass, wenn Jemand grosse Dosen von Jodpräparaten verträgt, man denselben als höchst wahrscheinlich syphilitisch betrachten kann, zumal wenn Symptome einer organischen Erkrankung vorhanden sind, die sich anders nicht erklären lassen. Das White anderer

Ansicht ist, kommt nach Wood daher, dass jener Luesfälle in früheren Stadien behandelte, während er selbst es in fast allen Fällen mit den Spätsymptomen der Krankheit zu thun hatte. Eine günstige Prognose auf mehr oder weniger vollständige Wiederherstellung kann man stellen, wenn bei Toleranz gegen grosse Joddosen die Symptome bald zurückgehen. Letzteres ist nicht immer der Fall. Die Ursache für diese Ausnahmen, wo trotz Toleranz gegen grosse Dosen keine Besserung eintritt, ist das Vorhandensein hochgradiger syphilitischer atheromatöser Veränderungen an den Hirnarterien; Sklerose der Nervencentren oder Dementia paralytica; das Zurückbleiben von Läsionen der Nervencentren nach Beseitigung eines Gummiknotens, der auf dieselben einen Druck ausgeübt hat. Ob Jod oder Hg anzuwenden ist, soll sich nach Wood mehr nach den Symptomen des besonderen Falles, als nach dem Stadium der Krankheit richten. Contraindicirt ist der ausgiebige Gebrauch des Hg durch einen Zustand geringer Vitalität und Neigung zu Nekrose. Hierbei darf Hg nur mit grosser Vorsicht gebraucht werden. In manchen dieser Fälle lässt sich trotz vorhandener Kachexie ein gutes Resultat durch grosse Dosen einer Eisentinctur zusammen mit kleinen Dosen Sublimat erzielen. Der Gebrauch der Jodpräparate hat einen grossen Nachtheil wegen der Langsamkeit der Wirkung derselben. Wood gibt deshalb in allen Fällen von cerebraler Lues, wenn nicht Kachexie oder Mercurialismus vorhanden oder zu fürchten ist, im Beginn der Behandlung Hg in solchen Dosen, dass leichte Salivation eintritt, welche er für einige Tage oder Wochen unterhält. Dann gibt er Jodkalium, um das Hg wieder aus dem Körper auszuscheiden. Er beginnt mit 10 Gran (0·6 Gr.) dreimal täglich, steigt nach zwei bis drei Tagen auf 20 Gran (0·25 Gr.) und bald auf 2 (7·5 Gr.) und 3 Drachmen (11 Gr.) täglich, wenn sich gezeigt hat, dass 1 Drachme (3·75 Gr.) pro die keine Beschwerden verursacht hat. In manchen Fällen kann man 6 Drachmen (20 Gr.) und mehr geben, ohne dass Jodismus entsteht. Indessen gewährt es keinen besonderen Vortheil, über $\frac{1}{2}$ Unze (15 Gr.) pro die hinauszugehen, wenn auch wie Marshall gezeigt hat, noch grössere Dosen vollständig resorbirt werden. In den Fällen von Cerebrallues, in denen Jodismus auftritt, lässt Wood das Medicament einige Tage aussetzen, und gibt dann kleinere Dosen, die gerade das Minimum der Intoxicationserscheinungen hervorrufen. Als Geschmackscorrigens empfiehlt er Syr. sarsaparillae comp. Zeising.

White (19) glaubt, auf Grund der von ihm aufgestellten theoretischen Betrachtungen und seiner klinischen Beobachtungen, auch nach dem Lesen der vorstehenden Wood'schen Schrift, bei seiner oben dargelegten Ansicht über den diagnostischen Werth der Jodpräparate bei Syphilis beharren zu müssen. (Im Anschluss an die vorstehende Discussion über die Jodpräparate und ihre Beziehungen zur Syphilis, fordern die Herausgeber von „The Therap. Gaz." wegen der grossen Wichtigkeit dieser Fragen ihre Leser auf, eventuell diesbezügliche Erfahrungen mitzutheilen.) Zeising.

Taylor (20) schildert einen Fall der von Besnier so bezeichneten Acné anthracoïd-iodopotassique. Der Patient bekam wegen Erscheinungen von cerebraler Lues Jodkali in hohen Dosen und die ersten Spuren des Ausschlages zeigten sich, nachdem Patient innerhalb zwölf Tagen 48·6 Gr. des Medicamentes genossen hatte und nun auf 7·2 Gr. pro die stieg. Befallen waren Gesicht und Hals von tiefrothen, runden oder ovalen Neubildungen, die gestielt oder breitbasig aufsassen. Sie waren von einem schmalen rothen Hofe umgeben und von weicher, schwammiger Consistenz. Auf der Oberfläche der Tumoren befanden sich kleine, siebartige Oeffnungen, welche theils auf Druck Eiter entleerten, theils mit gelben Borken

verstopft waren; es handelt sich um secundäres Befallenwerden der Talgdrüsen. Die Neubildungen wuchsen rapid und erreichten eine Höhe von $^1/_6-^1/_2$ Zoll. Sie verursachten keine Schmerzen, sondern nur geringe, juckende Hitze. Die Rückbildung verlief unter täglicher Pinselung mit Ferrumperchloridlösung langsam und nach vier Wochen blieben noch pigmentirte Flecke zurück, deren einige oberflächliche Atrophie zeigten. Taylor schlägt für die Affection den Namen „Dermatitis tuberosa" vor, da es sich im Wesentlichen um einen entzündlichen Zustand der Haut mit dadurch bedingter Entwickelung von Tubera handele. Sternthal.

Horovitz (21 empfiehlt, die Plaques mit dem scharfen Löffel nach vorhergegangener Cocaïnisirung abzuschaben und die so gesetzten Wunden mit Jod- oder Borglycerin oder zehnprocentiger Lapislösung zu ätzen.
Finger.

Bei Ozäna sind nach Ruault (22) Ausspülungen mit Naphtholwasser mit gutem Erfolg zu verwenden; bei sehr sensiblen Patienten empfiehlt sich eine vorherige Cocaïnpinselung oder eine Verdünnung der nach folgender Formel verordneten Lösung: Rp. Naphthol 12·00, Alcohol. (90°) 84·00. D. S. 1 Theelöffel auf 1 Liter lauwarmen Wassers. Jadassohn.

Buchanzeigen und Besprechungen.

Specielle chirurgische Pathologie und Therapie der Harnröhre und Harnblase. Von Dr. Géza v. Antal. Stuttgart. Verlag von Ferd. Enke. 1888.

Besprochen von Prof. Carl Weil in Prag.

Der durch zahlreiche Arbeiten aus dem Gebiete der Chirurgie der Harnorgane rühmlichst bekannte Autor hat sich der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, uns mit seinen auf reiche Erfahrungen gestützten Anschauungen über das Wesen und die Behandlung der wichtigsten Erkrankungen der Blase und Harnröhre bekannt zu machen. Das vorliegende, 441 Seiten starke, mit sechs gut ausgeführten Chromolithographien ausgestattete Werk ist in Form von Vorlesungen gehalten, von denen sieben die Krankheiten der Harnröhre (174 Seiten) und neun die Krankheiten der Blase behandeln. Nicht alle Capitel sind mit gleicher Ausführlichkeit behandelt, weil der Verfasser das Hauptgewicht auf die eigene Erfahrung legt und sich nur über diejenigen Erkrankungen eingehend äussert, über die ihm auf Grundlage reicher Erfahrung ein competentes Urtheil zusteht. Die Capitel über Blasenentzündung, Blasenverletzung und Blasengeschwülste sind am ausführlichsten abgehandelt. Der Autor ist ein warmer Anhänger der Antisepsis, hebt die Bedeutung derselben auf dem Gebiete der Harnröhren- und Blasenchirurgie hervor, und macht geeignete Vorschläge zu ihrer Durchführung. Der Einführung eines jeden Instrumentes soll eine sorgfältige Reinigung der Harnröhrenmündung, der Eichel und des Präputiums, sowie eine Desinfection mit Sublimatlösung (1 : 10,000) vorangehen. Mit derselben Flüssigkeit soll der vordere Abschnitt der Harnröhre bis zur Pars membranacea ausgespritzt werden. Zu Untersuchungszwecken

sind vorwiegend glatte Metallsonden zu verwenden; wo aber zur Füllung der Blase Katheter verwendet werden müssen, empfiehlt der Verfasser einen von ihm angegebenen, der Länge nach zerlegbaren Katheter, der vollständig desinficirt werden kann. Die Inspection der Harnröhre nimmt der Autor mit dem von ihm entdeckten Aëro-Urethroskop vor. Dieser Apparat ermöglicht, grössere Abschnitte der durch Lufteinblasen ausgedehnten Harnröhre zu übersehen. Besonderes Interesse verdienen die Ausführungen über die Operationen der Blasensteine und der Blasentumoren. Zur Entfernung von Blasensteinen dienen dem Verfasser nahezu ausschliesslich zwei Methoden, die Litholapaxie und die Sectio alta, von denen jede besondere Indicationen besitzt, so dass die beiden Methoden nicht mit einander rivalisiren, sondern sich gegenseitig ergänzen. Die Litholapaxie ist nur für kleine und mittelgrosse Steine bei erwachsenen Individuen indicirt. Aber auch in diesem Falle bildet hochgradige Blasenentzündung, Insufficienz oder abnorme Form der Blase, ferner hochgradige Hypertrophie der Prostata, eine Contraindication, ebenso Fixation des Steines oder eitrige Pyelitis und Nephritis.

Alle schwereren Fälle, sowie die Steine der Kinder, bleiben der Sectio alta vorbehalten. Der Autor ist ein Anhänger der Blasennaht, die er, abgesehen von den Fällen von Verschwärung und Sphacelescenz der Blase stets ausführt. Die Bauchwunde wird nicht geschlossen, sondern nach dem Vorschlage von Kraske mit Jodoformgaze tamponirt. Auf diese Weise wird auch in den Fällen, wo die Heilung der Blasenwunde per primam nicht gelingt (etwa in der Hälfte der Fälle), die Gefahr der Harninfiltration und Sepsis nahezu vollständig beseitigt. Zur Sicherung der Blasennaht empfiehlt der Verfasser die Blase durch Resection eines keilförmigen Stückes der vorderen Blasenwand zu eröffnen, wodurch breite Wundränder geschaffen werden, deren primäre Vereinigung leichter gelingt. Zur Entfernung von Blasengeschwülsten dient ebenfalls beinahe ausschliesslich der hohe Blasenschnitt. Zur Operation eignen sich nur jene Fälle, die nicht auf den Blasengrund und die Prostata übergreifen. Für die Exstirpation bösartiger, der Kuppe der Blase aufsitzender Tumoren empfiehlt der Autor die subperitoneale Resection der Blase, darin bestehend, dass nach Ablösung des Peritonealüberzugs die Blasenwand in ihrer ganzen Dicke, so weit der Tumor ihr aufsitzt, weggeschnitten und die Wundränder durch bis zur Schleimhaut vordringende Nähte vereinigt werden. Der

extraperitoneale Theil der Blasenwunde und der untere Theil der Bauchwunde wird offen gelassen, und mittelst zweier keilförmiger Drainröhren die permanente Irrigation der Blase mit Borsäure oder Resorcinlösung vorgenommen. Verfasser berichtet über sechzehn Fälle von Blasentumoren, darunter einen, der durch die subperitoneale Resection geheilt wurde (ein Jahr nach der Operation an Recidive gestorben).

Der mir zugewiesene Raum gestattet nicht eine eingehendere Besprechung des interessanten Werkes, welches alle Fachgenossen mit Befriedigung lesen werden.

Lehrbuch der Kystoskopie, ihre Technik und klinische Bedeutung. Von Dr. Max Nitze in Berlin. Mit 6 Tafeln und 26 Abbildungen im Texte. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1889.

Besprochen von Dr. Oberländer in Dresden.

Die Herausgabe dieses Buches kommt den mit der Methode unbekannten Praktikern und namentlich denen, welche im Begriffe sind, dieselbe zu erlernen, gewiss erwünscht. Es ist das erste Mal, dass in einer so ausgedehnten und vollkommenen Weise über diesen Gegenstand von berufener Seite geschrieben wird. Ueber die Wichtigkeit des Themas in ärztlicher Beziehung dürfte ja wohl kein Zweifel sein.

Nitze beginnt mit einer geschichtlichen Einleitung über die früher vorhandenen, denselben und ähnlichen Zwecken dienenden Instrumente. Dann folgen anatomische Bemerkungen über Harnröhre und Blase, die nichts besonders Neues bieten, immerhin aber für die Erlernung der Technik der kystoskopischen Untersuchung wichtig sind. Im Weiteren werden in ausgedehnter Weise die Principien von Nitze's Untersuchungsmethode, die darin gipfelt, dass er der Erste gewesen ist, welcher die Lichtquelle behufs Untersuchung in die Körperhöhlen einführte, besprochen. Zahnarzt Bruck in Breslau hatte vorher ebenfalls elektrisches Glühlicht in die Blase behufs Durchleuchtung derselben eingeführt und ist somit als ein indirecter Vorgänger Nitze's zu betrachten.

Nach der Beschreibung des optischen Apparates am Kystoskop werden die einzelnen Instrumente in ihrer Construction detaillirt besprochen.

Nitze bedarf, um in allen Fällen die ganze Blase nach etwa vorhandenen pathologischen Vorkommnissen abzusuchen, dreier Instrumente, dazu wird beiläufig am Schlusse noch ein bei Fällen von hypertrophischer Prostata anzuwendendes erwähnt, es sind also thatsächlich vier, ein immerhin in Betracht kommendes Armamentarium und eine grosse Ausgabe für Instrumente, welche auch der beschäftigte Specialarzt doch nur in einer kleinen Anzahl von Erkrankungen zur nothwendigen Anwendung bringen kann.

In Wahrheit ist es nicht so schlimm, man kommt in den meisten Fällen mit einem, dem sogenannten 1. Kystoskop aus, nur muss man, wie bei allen schwierigen Untersuchungsmethoden eine grosse Uebung damit besitzen, die im Grunde genommen doch schwerer zu erlangen ist, als man glaubt. Der Geübte selbst vermag diese Thatsache gar nicht so zu beurtheilen, ich habe aber zu wiederholten Malen gesehen, dass andere Lernende sich Anfangs enttäuscht sahen, und dass dem Patienten vorübergehend durch die Untersuchung geschadet wurde.

Das Studium des Nitze'schen Lehrbuches wird die Erlernung der Technik und die Orientirung in der Blase sicher erleichtern, über eine Lehrzeit kommt aber Niemand hinweg und dieselbe ist um so schwieriger durchzumachen, als doch eben die einschlägigen Fälle im Allgemeinen auch bei einer grossen Praxis seltener sind. Eine routinirte Uebung in der Handhabung des Katheters, die genaueste Kenntniss der einschlägigen anatomischen Verhältnisse und der kystoskopischen Instrumente, endlich sorgfältige Voruntersuchung des einzelnen Falles sind für eine glatte und erfolgreiche Kystoskopie Grundbedingungen.

In diesem Sinne werden von Nitze die Vorbedingungen für den Untersucher in klarer und detaillirter Weise auseinandergesetzt. Es entspricht dies auch durchaus den thatsächlichen Verhältnissen, wie Referent es selbst nach langjährigen Erfahrungen bestätigen kann. Hierin liegt auch jedenfalls ein Vorzug des Nitze'schen Buches, dass auf die Technik der kystoskopischen Untersuchungen bis ins Detail Rücksicht genommen ist und in dieser Beziehung ist es ein wirkliches und werthvolles Handbuch.

Wer in Zukunft kystoskopiren lernen will, wird darin viel Belehrung für diese unerlässliche Propädeutik finden, welche der Ver-

fasser in seinem ersten Theile — Theorie und Technik der kystoskopischen Untersuchungsmethode — abhandelt.

In wissenschaftlichen Kreisen hat man es schon als feststehend zu betrachten, dass die Nitze'sche Methode in ihrer Art Vollkommenes leistet und wir werden durch die Schilderungen der normalen und katarrhalisch afficirten Blase auch noch darüber belehrt. Mit diesen Auseinandersetzungen beginnt ein zweiter Theil des Nitze'schen Buches, welcher die endoskopischen Befunde der gesunden und kranken Blase bespricht. In diesem Theile wäre an einzelnen Stellen etwas mehr Detaillirung wünschenswerth gewesen.

Mehr Inhaltliches hätte man ebenso über die tuberculösen Erkrankungen der Blase erwarten können, denn der technisch routinirte Untersucher muss solche Fälle im Anfangsstadium auch ohne zu schaden untersuchen können.

In einem weiteren Capitel werden die Steine und Fremdkörper besprochen, ebenso zwanzig Fälle von durch das Kystoskop diagnosticirten Blasengeschwülsten.

Ein dritter Abschnitt handelt von der Bedeutung der Kystoskopie für die Diagnostik der Harn- und Blasenleiden. In demselben bespricht Nitze den Werth der kystoskopischen Untersuchung gegenüber den bisherigen Methoden im Allgemeinen und bei den verschiedenen in Frage kommenden Erkrankungsarten im Besonderen. Der Inhalt wird durch achtzehn Illustrationen von kystoskopischen Bildern erläutert.

Den Schluss bildet ein Nachwort über „das Verhältniss des Wiener Instrumentenmacher Leiter zu den von Nitze angegebenen Instrumenten."

Dem von der Verlagsbuchhandlung reich ausgestatteten Buche ist eine der Wichtigkeit des abgehandelten Gegenstandes entsprechende Verbreitung zu wünschen.

Index bibliographicus syphilidologiae; bearbeitet von Karl Szadek. Erster Jahrgang. Die Literatur des Jahres 1886. Leopold Voss. Hamburg und Leipzig, 1888, 8^0, pag. 50. — Zweiter Jahrgang. Die Literatur des Jahres 1887, ebenda 1889, 8^0, pag. 71.

Angezeigt von J. K. Proksch in Wien.

Zur besseren Uebersichtlichkeit in mehrere Abschnitte gebracht, ist die Literatur der angezeigten Jahre alphabetisch geordnet vorgeführt,

und bei den weitaus meisten Schriften sind auch diejenigen Fachzeitungen angegeben, in welchen sich Auszüge oder Referate darüber finden. Eine brauchbare, ja nützliche Arbeit für Jedermann, welcher die zahlreichen Titel der jährlichen Publicationen nachschlagen oder rasch durchsehen und sich der allerdings sehr beträchtlichen Mühe nicht unterziehen will, sich selbst eine Bibliographie anzulegen.

Die Hauptquelle des genannten Literaturverzeichnisses ist jedenfalls der bekannte, amerikanische „Index medicus“, nur ist in dem Index Szadek's die slavische, namentlich aber die russische Literatur viel reichhaltiger zu finden; wofür wir dem Bearbeiter dankbar sein können.

Varia.

Deutsche Dermatologische Gesellschaft.

Der erste Congress der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Prag wird am 10., 11. und 12. Juni d. J. stattfinden.

Vorträge und Demonstrationen wurden angemeldet von den Herren:

Dr. Arning (Hamburg): Mittheilungen über Lepra mit Demonstration von Gypsabgüssen.

Dr. Behrend (Berlin): Bemerkungen über Areahaare mit Demonstration mikroskopischer Präparate.

Prof. Caspary (Königsberg): Ueber Anfangszeichen der hereditären Syphilis.

Prof. Chiari (Prag): Weitere Beiträge zur Lehre von der Orchitis variolosa.

— Ueber polypöse Hautanhänge an der Raphe perinei.

Dr. Epstein (Nürnberg): Ueber das Xanthoma tuberosum mit Demonstration mikroskopischer Präparate.

Dr. Finger (Wien): Bemerkungen über das Regurgitiren von Eiter aus der Pars posterior der Urethra in die Blase mit Demonstration.

Dr. Glück (Zenica, Bosnien): Ueber die landesübliche Therapie der Syphilis in Bosnien und in der Herzegowina.

Dr. Ittmann (Breslau): Ueber Dermatitis herpetiformis.

Dr. Jacobi (Breslau): Ueber die gonorrhoische Vulvitis der Prostituirten.

Dr. Jadassohn (Breslau): Ueber Urethritis posterior.

— Demonstration von Favusculturen.

Dr. Joseph (Berlin): Ueber acutes umschriebenes Oedem der Haut und paroxysmale Hämoglobinurie.

Prof. Kaposi (Wien): Bemerkungen über die jüngste Zosterepidemie.
— Ueber einen Fall von acuter letaler Quecksilbervergiftung durch subcutane Injection von Oleum cinereum mit Demonstration mikroskopischer Präparate.
— Vorstellung eines Falles von acuter Entwickelung von Lepra anaesthetica bei einem luetischen Individuum.
Kral (Prag): Mittheilungen über Hautmikrophyten und erläuternde Bemerkungen zu seiner bacteriologischen Ausstellung.
Dr. Kopp (München): Zur Aetiologie und Behandlung der Psoriasis.
— Ueber die dermatotherapeutische Verwendung der Ichthyolpräparate.
Dr. Lesser (Leipzig): Ueber Nebenwirkungen bei Injectionen unlöslicher Quecksilberpräparate.
Prof. Lewin (Berlin): Ueber Leucoderma syphiliticum mit Berücksichtigung der Aetiologie und Bedeutung des Pigments überhaupt.
— Die feinere Anatomie der Haut mit Vorlegung einer Wandtafel.
— Ueber Recidive nach den verschiedenen Behandlungsweisen der Syphilis.
Prof. Lipp (Graz): Dermatologische Mittheilungen.
Dr. Michelson (Königsberg): Ueber Trichofolliculitis bacterica, eine bisher noch nicht beschriebene Form der Alopecie, mit Demonstration von mikroskopischen Präparaten.
— Ist den lichenartigen Syphiliden eine besondere Stellung in der Pathologie der Lues zuzuweisen? Mit Demonstration von mikroskopischen Präparaten.
Prof. Neisser (Breslau): Bedeutung der Gonococcen für Diagnose und Therapie (Referat).
— Ueber die Structur der Lepra- und Tuberkelbacillen mit specieller Berücksichtigung der Rosanilin- und Pararosanilinfarbstoffe.
— Ueber Leprazellen.
Prof. Neumann (Wien): Zur Kenntniss der klinischen und histologischen Veränderungen bei Erkrankungen der Vaginalschleimhaut.
Prof. Pick (Prag): Zur Pathologie und Therapie des Eczems mit Krankendemonstration.
— Ueber Urticaria pigmentosa mit Krankendemonstration.
— Ueber Melanosis lenticularis progressiva mit Krankendemonstration.
Dr. Richter (Prag): Ueber die krankhaften Veränderungen der regionären Lymphdrüsen bei primärer Hauttuberculose.
— Histologische Befunde bei Urethritis externa.

DDr. Steinschneider und Galewsky: Untersuchungen über Gonococcen und Diplococcen in der Harnröhre.

— Ueber Vulvovaginitis gonorrhoica.

Dr. Winternitz: Ueber die quantitative Hg-Bestimmung und ihre Verwerthbarkeit für die verschiedenen Methoden der Hg-Syphilistherapie.

Dr. Zeissing: Ueber toxische Wirkungen verschiedener Quecksilberpräparate.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien. — 5189

Originalabhandlungen.

Aus der Universitätsklinik für Syphilis und Hautkrankheiten des Herrn Geh. Med. Rath Prof. Doutrelepont zu Bonn.

Ueber Hydrargyrum salicylicum.

Von

Dr. Hahn,

Zweiter Assistenzarzt.

Das im Jahre 1887 zuerst von Silva Araujo, einem brasilianischen Arzte, für die Behandlung der Syphilis empfohlene Quecksilbersalicylat ist in letzter Zeit Gegenstand zahlreicher Besprechungen in den fachwissenschaftlichen Blättern geworden, und zwar sind es besonders die subcutanen, beziehungsweise intramusculären Injectionen dieses Salzes, welche vorzüglich mit gutem Erfolge angewendet wurden, und dasselbe daher des allgemeinen Interesses wohl würdig erscheinen lassen.

Araujo sowohl, als auch seine Assistenten wandten es gegen verschiedene parasitäre Hautkrankheiten und gegen Gonorrhöe an, bei letzterer mit wechselndem Erfolge, indem das Mittel, ebensogut wie jedes andere, oft im Stiche liess, sodann aber vor Allem gegen die Syphilis, und zwar sowohl innerlich in Pillen, als auch äusserlich in Salben und Streupulvern. Subcutan wurde es zuerst von Moura Brazil und Nevoes Rocha, ebenfalls brasilianischen Aerzten, verwendet, und zwar injicirten dieselben das Salz in Aqu. dest. im Verhältniss 0·5—1·0 : 100 suspendirt, ohne indess durch nähere Angaben die damit erzielten Heilresultate zu erwähnen.

Auf einen von Araujo in einer Sitzung der medicinischen Akademie in Rio de Janeiro gehaltenen sehr lobenden Vortrag

hin, der von Gamberini veröffentlicht wurde, hat es sodann in Europa zuerst Szadek[1]) probirt. Auch er rühmt dem salicylsauren Quecksilber nach, dass es, innerlich gegeben, auch nach längerer Anwendung den Darm durchaus nicht belästige. Subcutan hat er zwölf Patienten mit alle zwei bis drei Tage wiederholten Injectionen von je $^1/_3$ Ctgr. geheilt, wozu meist sechs bis zwölf Injectionen erforderlich waren. Als Suspensionsmittel diente ihm Aqu. destill. mit Mucil. gumm. arab.

Ferner hat Plumert[2]) eine grössere Tabelle von mit Hydrarg. salicylic. behandelten Patienten veröffentlicht, aus der ebenfalls die sowohl innerlich als auch subcutan mit sehr geringen Beschwerden einhergehende und von gutem Erfolge begleitete Wirkung dieses Salzes hervorgeht. Seine subcutane Methode besteht in täglich gemachten Injectionen einer einprocentigen Lösung basisch salicylsauren Quecksilbers, in der das Salz Anfangs durch Chlornatrium, jetzt durch Kaliumcarbonat gelöst erhalten wird. Die durchschnittliche Zahl der Injectionen betrug nach ihm zwanzig bis dreissig, nur in einigen Fällen waren bis fünfzig erforderlich.

Epstein[3]) berichtete auf dem sechzehnten mittelfränkischen Aerztetag in Nürnberg über mehrere von ihm mit einer Oelsuspension von 0·1 Hydrarg. salicylic. zu 1·0 Ol. oliv. geheilte Patienten aus seiner Praxis. Er stellt seine Erfolge den mit Calomelöl erzielten an die Seite, und erwähnt rühmend die geringen localen Reizerscheinungen, die nach Injectionen dieses neuen Mittels auftreten.

Derselbe Autor[4]) trug in einem Vortrage, gehalten in der IV. Sitzung der Section für Dermatologie und Syphilis, auf der letzten Naturforscher- und Aerzteversammlung zu Köln, seine weiteren Erfahrungen über Hydrarg. salicylic. vor und zog dabei Parallelen zwischen diesem Salz einerseits und gelbem Quecksilberoxyd und Calomel anderseits. Am schlechtesten würden Injectionen mit dem letzteren, am besten die von Hydrarg. salicylic. vertragen, denn sie machten kaum Schmerzen, nur geringes Oedem,

---

[1]) Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 10.

[2]) Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1888, 5. Heft: „Ueber die therapeutische Verwendung des Quecksilbersalicylates."

[3]) Münchner med. Wochenschr. 1888, Nr. 33, ref.

[4]) Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Heft 19, ref.

keine Stomatitis, die sehr oft durch das gelbe Oxyd hervorgerufen werde. Dagegen habe er öfter Diarrhöen nach Injectionen von Hydrarg. salicylic. auftreten sehen, die allerdings auf Opium gut reagirten, einmal auch ein Exanthem. Endlich erwähnt Epstein noch die schnellere Resorption unseres Salzes im Vergleiche zu den beiden anderen.

Neumann[1]) behandelte zehn Patienten innerlich erfolgreich mit Quecksilbersalicylat. In weiteren neun Fällen wandte er subcutane Injectionen, Suspension in Ol. amygdal. an. Durchschnittlich waren bei ihm acht Injectionen von je $^1/_3$ Dcgr., alle drei Tage wiederholt, erforderlich, um Heilung zu erzielen, wobei schon nach drei Injectionen die Exantheme zu erblassen anfingen.

Die interessanteste, weil über das grösste Material aufgestellte Statistik ist aus der Neisser'schen Klinik veröffentlicht[2]), und zwar sind daselbst behandelt worden:

120	Patienten	mit	428	Injectionen	von	0·10	Hydrarg. salicylic.
20	„	„	20	„	„	0·15	„ „
1	Patient	„	1	Injection	„	0·20	„ „

Auch in dieser Arbeit spricht die geringe Schmerzhaftigkeit der Application und die geringe örtliche Reaction, die nach Einverleibung einer grösseren Menge eines anderen unlöslichen Quecksilbersalzes in den Organismus einzutreten pflegt, sehr zu Gunsten unseres Präparates. Ueber die Zahl der im Einzelfall erforderlichen Injectionen jedoch, und über die curativen Wirkungen derselben berichten die Herren Verfasser noch nichts, sondern behalten sich ausführliche Mittheilungen darüber für später vor.

Nach all diesen empfehlenden Versuchen beschloss Herr Geheimrath Doutrelepont auch an hiesiger Klinik das Quecksilbersalicylat in die Therapie der Syphilis einzuführen.

Das von uns benutzte Präparat stammt aus der chemischen Fabrik von Gehe & Co. in Dresden; es ist ein amorphes weisses Pulver, reagirt neutral und löst sich sehr schwer in Alkohol oder

---

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1888, Nr. 47 u. 48.: „Ueber die Wirkung des salicylsauren Quecksilbers gegen die constitutionelle Syphilis."

[2]) Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1888, 5. Heft: „Einspritzungen von Salicyl- und Thymol-Quecksilber zur Syphilisbehandlung von Dr. Jadassohn und Dr. Zeising".

Wasser, etwas leichter in Kochsalzlösung. Es besitzt einen constanten Gehalt von 59 Procent Quecksilber. Seine Formel ist $= C_7 H_4 O_3 Hg + H_2 O$, es ist demnach ein basisches Quecksilbersalicylat.

Eine Herstellung der Quecksilbersalicylat-Chlornatriumlösung geht in folgender Weise vor sich:

1·0 Hydrargyrum salicylicum werden mit einer kalten wässerigen concentrirten Lösung von 1·5—2·0 Chlornatrium verrieben und mit Aqu. destill. in ein Becherglas gespült, so dass das Volumen 15—20 Ccm. beträgt.

Man erwärmt nun im Wasserbade, bis Lösung eingetreten ist, verdünnt auf 250 Ccm. mit Aqu. destill. fervid. und filtrirt. Diese Lösung scheidet beim Erkalten kein Hydrarg. salicylic. ab. Eine concentrirtere Lösung ist nicht herzustellen. Allerdings löst es sich auch in Natronlauge, zweifelsohne aber unter Bildung einer Doppelverbindung.

Da uns die eben angegebene Lösung zu wenig wirksamer Substanz enthielt, wir vielmehr den grossen Vorzug der schwerlöslichen Quecksilbersalze, auf einmal dem Organismus eine grössere Menge Quecksilber zuzuführen und so mit wenigen Injectionen Heilung erzielen zu können, nicht unbenützt lassen wollten, so hielten wir uns bei Dosirung und Suspension an die in obencitirter Arbeit von Neisser gegebenen Rathschläge. Wir suspendirten also das Salz in Paraffin liquid. nach der Vorschrift:

Hydrarg. salicylic. 1·5
Paraffin. liquid. 15·0.

Dies Paraffin. liquid. hat vor dem Ol. oliv. ausser der grösseren Billigkeit und der wasserhellen Farbe nach Neisser noch den grossen Vorzug, dass es, absolut aseptisch und antiseptisch, etwa hineingerathenen Mikroorganismen zum Fortbestehen und zur Entwickelung durchaus keinen Boden gewährt. Natürlich muss auch hier das am Boden sich sammelnde Salz vor jedem Gebrauche durch kräftiges Schütteln von Neuem emulgirt werden. Die Spritze, 2 Ccm. fassend, und mit etwa 5 Ctm. langer starker Canüle armirt, wird genau nach Neisser's Vorschrift in einer verdeckten Glasdose permanent unter Paraffin. liquid. aufbewahrt, und vor und nach jedem Gebrauche ein- bis zweimal die Canüle zur Reini-

gung damit durchgespritzt. Da dies als durchaus säurefreies Mineralfett weder Metallbeschlag noch Stempel angreift, so ist die Spritze wohlconservirt, und ist es bis jetzt noch nicht einmal vorgekommen, dass sie versagt hätte oder dass Reparaturen erforderlich gewesen wären.

Wir injicirten Anfangs in achttägigem Intervall jedes Mal 0·1 Hydrarg. salicylic. tief in die Muskeln der Glutäalgegend.

Nun steht es ja nach Deponirung einer so grossen Menge schwer löslichen Quecksilbersalzes im Organismus bei eintretenden Intoxications-Erscheinungen keineswegs in der Macht des Behandelnden, sofort das noch nicht resorbirte Quecksilber auszuschalten, ein Bedenken, welches Doutrelepont schon auf der Aerzteversammlung des Regierungsbezirkes Köln, im Jahre 1888, in einem Vortrage[1]) über die Behandlung der Syphilis mit Injectionen von Calomelöl und Ol. cinereum aussprach. Neuerdings hat Runeberg[2]) eine ganze Reihe schwerer, theilweise tödtlich endender Quecksilber-Intoxicationen zusammengestellt, die durch Calomelöl in gleicher Dosirung veranlasst waren, und so hielt Herr Geheimrath Doutrelepont es für besser, von dieser Dosirung abzugehen. Wir machen daher jetzt unsere Injectionen alle vier Tage in der Stärke von je 0·06 Hydrarg. salicylic.

Nach gründlicher Desinfection der Einstichstelle mit Alkohol und Sublimat wird die Canüle schnell und tief zwischen die Muskeln eingestochen und der Stempel kräftig vorgeschoben. Die Patienten äusserten bei der kleinen Operation meist keinen Schmerz, selten gab einer an, ein leichtes, schmerzhaftes Brennen dabei zu haben. Dann wird die Canüle schnell herausgezogen, und stets ist der Stichcanal ohne weitere Reaction in einigen Tagen verheilt. Am Tage nach der Einspritzung gaben einige Patienten ein leichtes Druckgefühl an der Injectionsstelle an, das sie die betreffende Seite beim Liegen meiden liess, und fühlte man dann gewöhnlich die Stelle, wo die injicirte Flüssigkeit sass, als vielleicht haselnussgrosse Härte. Doch waren diese Erscheinungen am folgenden

---

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 38.

[2]) Deutsche med. Wochenschr. 1889, Heft 1: „Quecksilber-Intoxication mit tödtlichem Ausgang nach subcutanen Calomel-Injectionen von Prof. Runeberg in Helsingfors."

Tage stets, bei empfindlichen Personen unter einem einfachen hydropathischen Umschlag geschwunden. Aus diesem Grunde wählten wir auch bei solchen empfindlichen Patienten die Einstichstelle ziemlich weit oben, der Crista ilei genähert, und stachen die Canüle dort schräg nach unten ein, während im Allgemeinen beliebig, wie es sich gerade traf und senkrecht injicirt wurde, da wir eine, im Vergleiche zu den anderen weniger empfindliche Stelle trotz mehrfacher Proben nicht ausfindig machen konnten. Dass man vermeiden muss, bis aufs Periost zu dringen, bedarf wohl kaum der Erwähnung. Nicht vergessen darf ich, dass von wenigen Kranken an der Hinterseite des Oberschenkels bis zum Knie hin ausstrahlend, Empfindlichkeit der Muskeln bei Bewegungen angegeben wurde, die aber auch immer in ganz kurzer Zeit schwand. Das Hydrarg. salicylic. wird nun ohne weitere örtliche Reaction nach und nach resorbirt; schon nach einigen Tagen war von der eingespritzten Flüssigkeit durchaus nichts mehr nachzuweisen, und entzündliche Infiltrate oder gar Abscedirungen haben wir nie beobachtet. Einen grossen Vorzug hat das Hydrarg. salicylic. noch darin, dass es, wenigstens nach unseren bisherigen Erfahrungen bedeutend weniger Stomatitis als z. B. das Calomel zu machen scheint; bisher sahen wir nur in drei Fällen, jedes Mal nach der ersten Injection, eine mässige Röthung und Auflockerung des Zahnfleisches auftreten, die ohne Unterbrechung der Cur durch Jodtinctur leicht zu beseitigen war. Allerdings wird an hiesiger Klinik während einer Quecksilbercur durch Gurgelwasser und kampherhaltiges Zahnpulver der Pflege des Mundes die peinlichste Sorgfalt gewidmet, ob nicht aber doch die antibacterielle Wirkung der Salicylsäure hierbei mit ins Spiel kommt, wollen wir vor der Hand noch nicht entscheiden.

Erscheinungen von Seiten des Darms, Diarrhöen oder gar blutige Stühle haben wir nie beobachtet.

Bei einer Patientin trat nach der zweiten Injection von 0·1 Hydrarg. salicylic. unter plötzlichem Temperaturanstieg bis 40·2 an beiden Vorderarmen und am Halse ein Exanthem auf; dasselbe bestand aus erythemartigen, kreisrunden, hochrothen, etwas erhabenen Flecken und Papeln, die auf Fingerdruck erblassten. Am folgenden Tage war die Temperatur normal und das Exanthem am darauffolgenden Tage vollkommen geschwunden.

Was nun die Erfolge unserer Therapie betrifft, so waren im Allgemeinen sechs bis acht Injectionen, à 0·1, zur Heilung erforderlich. Meistens war nach der zweiten Injection bei den maculösen und papulösen Exanthemen ein deutliches Erblassen der Hyperämien und bei den pustulösen und ulcerösen Syphiliden die Abtrocknung, respective beginnende Verheilung der Efflorescenzen zu bemerken. Initialsklerosen wurden weicher und Condylome involvirten sich deutlich und waren nach vier bis fünf Injectionen bis auf leichte Pigmentirungen geschwunden. In Bezug auf die Drüsen-Induration haben wir allerdings einen so eclatanten Erfolg nicht gesehen, doch wurden die grösseren Drüsen entschieden kleiner, und einzelne schwanden ganz für den tastenden Finger.

Dabei wurde eine locale Behandlung nur in den ersten Tagen zur Reinigung von exulcerirten Condylomen oder Sklerosen mit einpromilligen Sublimatumschlägen eingeleitet, und gegen Ende der Cur zur Beförderung der Rückbildung der Pigmentirungen, die sich manchmal recht hartnäckig zeigten, Emplastrum hydrarg. aufgelegt. Neuerdings haben wir auch angefangen, nach beginnender Involution stärker prominirender Condylome dieselben mit Hydrarg. salicylic. zu pudern, doch war nach circa vierzehntägiger Anwendung, bei dreimal täglich erneuerter Application, ein besonderer Erfolg noch nicht zu bemerken, im Gegentheil es trat bei dieser energischen Application eine starke Reizung ein, die das Auftreten von eitergefüllten Bläschen zur Folge hatte.

Um uns einigermassen ein Bild von der Resorption des Quecksilbersalicylates zu verschaffen, liess Herr Geheimer Rath Doutrelepont den Urin eines jeden unserer mit dem Mittel behandelten Patienten täglich auf Quecksilber untersuchen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden in allernächster Zeit in einer Doctordissertation von Herrn Levi, der die Untersuchungen angestellt hat, veröffentlicht werden. Hier sei nur kurz bemerkt, dass Herr Levi sich der elektrolytischen Methode von Wolff bediente, mit der Modification, dass er auf den Rath des Herrn Privatdocenten Dr. Kochs als Kathode statt der Gold-, respective Kupferspirale eine galvanisch dünn versilberte anwendete, da sich von dieser das niederschlagende Quecksilber leicht und vollkommen abscheiden lässt, und die Spiralen somit immer von neuem Verwendung finden können. Natürlich konnte hiebei eine ganze Reihe

unserer Patienten nicht berücksichtigt werden, da dieselben schon vor ihrer Aufnahme mit Quecksilber behandelt, bei der ersten Untersuchung noch Spuren davon in ihrem Urin erkennen liessen. Im Durchschnitte erschien zuerst achtundvierzig Stunden nach der ersten Injection Quecksilber im Urin, einmal konnte es schon nach sechsunddreissig Stunden nachgewiesen werden. Es hatte den Anschein, als ob der Organismus in den ersten Tagen weniger Quecksilber als nachher resorbirte, während später die ausgeschiedene Menge im Durchschnitt constant war.

Endlich bleibt noch übrig, über die Häufigkeit und den Zeitpunkt des Eintritts der Recidive zu berichten, doch lässt sich bei der kurzen Zeit der Beobachtung ein endgiltiges Urtheil darüber noch nicht abgeben. Von den bei uns seit Ende August mit Hydrarg. salicylic. behandelten Fällen kam ein Patient, cf. nachfolgende Tabelle Nr. 1, zehn Tage nach seiner Entlassung mit einem Recidiv. Derselbe hatte bei seiner Aufnahme eine exulcerirte Sklerose am Präputium, multiple indolente Bubonen und Plaques muqueuses auf Tonsillen und Mundwinkeln. Nachdem er zwei

a) Klinisch behandelt

Post-Nr.	Personalien	Tag der Infection	Erkrankung	Symptome
1	Josef S., 28 Jahre, Taglöhner.	Angeblich Mitte April 1888, doch erst nach drei Monaten Ulcus bemerkt.	1.	Am freien Rande des Präputiums indurirtes, exulcerirtes Ulcus, geringe Phimose; Inguinal-, Cervical-, Submaxillardrüsen indurirt. Plaques an Mundwinkeln und auf den Tonsillen.
2	Wilhelm B., 26 Jahre, Schreiber.	?	1.	Stark nässende Condylom. lata am Anus, Cervical- und Inguinaldrüsen indurirt. Roseola, Plaques auf Zunge, Lippen und Tonsillen.

Injectionen Hydrarg. salicylic. à 0·1 erhalten hatte, trat ein typisches Exanthema maculo-papulosum auf, das trotz drei weiteren, ebenso starken Injectionen kaum zurückging. Patient wurde darauf mit Unctionen à 5 Gr. behandelt und nach drei Touren waren sämmtliche manifeste Symptome verschwunden, allein schon nach zehn Tagen stellte sich dieser Mann mit neuen Plaques auf Tonsillen und Mundschleimhaut ein, und wurde nun durch fünf Calomel-Injectionen geheilt. Ferner bekam ein Patient (cf. Tabelle der ambulant Behandelten, Nr. 4), der am 29. November 1888 nach vier Injectionen geheilt entlassen war, am 4. Februar 1889 ein Recidiv (Plaques auf Mund- und Rachenschleimhaut) an dem er noch behandelt wird. Weitere Recidive zu beobachten, hatten wir bis jetzt keine Gelegenheit.

Nachfolgend gebe ich nunmehr eine tabellarische Uebersicht der an hiesiger Klinik mit Hydrargyrum salicylicum behandelten Patienten. Die kurzen Auszüge aus der Krankengeschichte werden am besten erkennen lassen, wie das Mittel in jedem einzelnen Falle gewirkt hatte.

wurden folgende:

Dauer der Behandlung	Zahl der Injectionen	Bemerkungen
24. September bis 14. November 1888.	5	Nach zwei Injectionen fast vollständige Zurückbildung aller manifesten Symptome, so dass Patient entlassen werden sollte. Am 15. October typisches Exanthem. maculo-papulos. über den ganzen Körper. Als dies nach drei weiteren Injectionen nicht schwand, auch die Plaques sich nicht ganz zurückbildeten, Inunctionscur, 5 Gr. pro die, drei Touren. (cf. oben.)
27. October bis 4. December 1888.	4	Nach drei Injectionen manifeste Symptome fast geschwunden. Um den Anus herum nur noch Hyperämien. Nach der vierten Injection sämmtliche Erscheinungen beseitigt. (Leichte Infiltration am ersten Tage nach der Einspritzung; unbedeutender Foetor ex ore.)

Post-Nr.	Personalien	Tag der Infection	Erkrankung	Symptome
3	Bernhard S., 21 Jahre, Kaufmann.	März 1888. Mitte März: Ulcus. 29 Sublimat-injectionen. Mai: Roseola. 14 Tage geschmiert.	1. Cur. März 1888	Jetzt: Plaques auf der rechten Tonsille, Inguinal-, Cervical-, Supraclaviculardrüsen indurirt.
4	Peter H., 42 Jahre, Taglöhner.	Ende Mai 1888.	1.	Plaques auf Zunge, Lippen, Pharynx; Frambösiaartige Wucherungen an After, Scrotum, Mundwinkel. Drüsen allenthalben indolent geschwollen.
5	Max L., 27 Jahre, Kaufmann.	Februar 1880, Ulcera am Penis, Unctionscur.	Recidiv.	Jetzt: Plaques auf beiden Tonsillen und indolente Bubonen.
6	Wilhelm W., 26 Jahre, Schifferknecht.	Ende September.	1.	Sehr grosses, knorpelhartes Ulcus, keine Secundaria.
7	Wilhelm Ö., 21 Jahre, Ackerer.	Ende September.	1.	Markstückgrosses, indurirtes Ulcus am Sulc. retroglandul. Indolente Bubonen.
8	Katharina Th., 24 Jahre, Dienstmädchen.	?	Recidiv.	Condylom. lata ad anum et lab. majora. Indolente Bubonen. Plaques auf Mund- und Rachenschleimhaut.

Dauer der Behandlung	Zahl der Injectionen	Bemerkungen
17. November bis 28. December 1888.	6	Nach zwei Injectionen Plaques in Rückbildung. Nach der sechsten manifeste Symptome beseitigt.
19. November 1888 bis 29. Jänner 1889.	8	Fünf Tage nach der ersten Injection auffallende Involution der Wucherungen am Scrotum, ohne locale Therapie. Nach der fünften Injection Condylome nur noch wenig erhaben. Nach acht Injectionen geheilt. Mässige Schmerzen in der ersten Stunde nach den Injectionen, keine Stomatitis.
23. November bis 29. December 1888.	6	Nach der ersten Injection bereits deutliche Rückbildung.
26. November bis 19. December 1888.	3	Induration geschwunden, Ulcus fast verheilt. Patient verlässt die Klinik.
26. November bis 19. December 1888.	2	Ulcus verheilt, Induration noch unbedeutend. Patient verlässt die Klinik und entzieht sich der poliklinischen Behandlung.
16. November bis 24. December 1888.	4	Nach der zweiten Injection Rückbildung, nach der dritten Schwund der Condylome bis auf Hyperämien. 17. December. Manifeste Symptome geschwunden.

Post-Nr.	Personalien	Tag der Infection	Erkrankung	Symptome
9	Maria H., 20 Jahre, Dienstmädchen.	Vor circa sieben Monaten.	1.	Condylom. lata ad anum et lab. majora. Plaques auf beiden Tonsillen, Drüsen allenthalben indolent geschwollen.
10	Katharina F., 22 Jahre, Dienstmädchen.	?	Recidiv.	Kranz breiter Condylome an beiden Labienpaaren u. kleinere an der Innenseite beider Oberschenkel. Multiple Drüsenschwellung.
11	Johanna K., 22 Jahre, Kellnerin.	Nicht zu eruiren.	1.	Condylom. lata an der Innenseite des rechten Lab. maj. Defluv. capillit. Cervical- und Inguinaldrüsen indolent geschwellt. Plaques muqueuses auf den Tonsillen.
12	Elise E., 21 Jahre, p. p.	Vor drei Monaten Ulcus an der hinteren Commissur.	1.	Ueber den ganzen Körper verbreitet, Papeln, circinnäres Syphilid, theilweise exulcerirt und infiltrirt. Rachenschleimhaut geröthet, Plaques, Ulcerationen in der Nase. Drüsenindurationen.
13	Franziska R., 19 Jahre.	Lues heredit. tarda.	Recidiv.	Gaumen perforirt. Ulcera in Nase und Pharynx. Kehldeckel nach links verzogen. Nase sattelförmig.
14	Nicolaus Z., 40 Jahre, Taglöhner.	?	1.	Indurirtes Ulcus mit entzündlicher Phimose. Condylom. lat. ad anum et scrotum, Exanthema maculo-papul. Rupia- und Framboesia syphilitica. Plaques auf Mund- und Pharynxschleimhaut.

Dauer der Behandlung	Zahl der Injectionen	Bemerkungen
3. November 1888 bis 23. Jänner 1889.	10	Nach drei Injectionen langsame Rückbildung der Condylome. Noch sechs Plaques beseitigt. Noch neun Condylome bis auf Pigmentirungen beseitigt. Local: Empl. hydrarg. auf die Condylome. Nach der dritten Injection kleine Infiltration, die mässig schmerzt und bald schwindet.
13. October bis 20. November 1888.	6	Nach der ersten Spritze Condylome abgeflacht, nach der zweiten nur noch Pigmentirungen davon vorhanden. Bei der Entlassung manifeste Symptome bis auf Drüsenindurationen beseitigt.
16. October bis 22. December 1888.	5	Nach der zweiten Spritze manifeste Symptome im Verschwinden. Patientin erkrankt an einer Perimetritis, während deren Dauer die Injectionen sistirt werden. Am 3. December Plaques, die durch drei Spritzen beseitigt werden.
1. December 1888 bis 30. Jänner 1889.	8	Nach der ersten Spritze Abtrocknen der Ulcerationen, nach der zweiten deutliche Rückbildung; nach sechs Spritzen nur noch leichte Pigmentirungen. Keine locale Behandlung. Nach acht Spritzen keine manifesten Symptome mehr.
27. August bis 3. December 1888.	5	Anfangs Jodkali und Sublimatspray. Als neuer Zerfall eintrat, fünf Injectionen, die Heilung herbeiführten.
6. Jänner bis 18. Februar 1889.	6 u. 2 halbe	Schon nach der zweiten Spritze sichtliche Rückbildung der Wucherungen. Nach sieben Spritzen nirgends mehr Erhabenheiten, wohl aber noch Röthungen und Pigmentirungen.

Post-Nr.	Personalien	Tag der Infection	Erkrankung	Symptome
15	Clara E., 22 Jahre, Dienstmädchen.	?	1.	Kranz breiter Condylome um die ganze Genitalgegend. Exanthema maculo-papul. Multiple Drüsenschwellungen.
16	Margarethe S., 18 Jahre, Dienstmädchen.	Anfangs Dec. 1887.	Recidiv.	Plaques auf beiden Tonsillen, Periostosen an beiden Tibien, Drüsen indurirt, Condylom. lat. ad anum et lab. maj.
17	Helene E., 22 Jahre, Dienstmädchen.	Sept. 1888.	1.	Ulcus dur., am L. Lab. maj. Condylom. lata um den Anus. Exanth. papul. Plaques auf den Tonsillen, Drüsen mässig geschwellt.
18	Katharina U., 23 Jahre, Dienstmädchen.	Vor circa sechs Monaten.	1.	Sehr starke Wucherungen ad anum et lab. maj. Belag auf der rechten Tonsille. Drüsen allenthalben geschwellt.
19	Sibylla E., 23 Jahre, p. p.	Dec. 1887.	Recidiv.	Mässige Röthung der Rachenschleimhaut, auf beiden Tonsillen Plaques, Drüsen indurirt.
20	Maria M., 25 Jahre, Ehefrau.	Vor vier Jahren.	Recidiv.	Roseola, Plaques auf der Rachenschleimhaut. Papel am linken Mundwinkel. Drüsen mässig geschwollen.

Dauer der Behandlung	Zahl der Injectionen	Bemerkungen
3. October bis 1. December 1888.	6	Nach der dritten Spritze Involution, nach der vierten Abblassen der Condylome. Nach der sechsten noch leichte Pigmentirungen.
24. December 1888 bis 20. Februar 1889.	6 u. 2 halbe	Nach der zweiten Spritze Schmerzen in den Knochenauftreibungen beseitigt, nach der vierten Condylome kaum noch erhaben. Von den Condylomen sind nach sieben Spritzen nur noch Pigmentirungen vorhanden. Periostosen kaum noch zu fühlen, nicht mehr schmerzhaft.
24. December 1888 bis 9. Februar 1889.	6 u. 2 halbe	Nach der ersten Injection leichte Gingivitis. Nach der zweiten Spritze Rückbildung. Nach der fünften Schwund der manifesten Symptome bis auf leichte Pigmentirungen. Nach sieben Injectionen vollkommene Beseitigung der manifesten Symptome.
24. December 1888 bis 21. Februar 1889.	6 u. 2 halbe	Nach der dritten Injection bedeutende Rückbildung der Wucherungen. Nach sieben Injectionen sind die Condylome am Anus noch leicht erhaben, die anderen nur noch pigmentirt. Local: Puderung mit Hydrarg. salicyl. nach sechs Spritzen. Reizung, Blasenbildung auf den Condylomen.
7. December 1888 bis 11. Jänner 1889.	6	Nach der zweiten Injection Plaques in Rückbildung; nach der fünften geschwunden. Patient leidet an Epilepsie und bekam nach zwei Injectionen einen typischen Anfall.
28. December 1888 bis 26. Jänner 1889.	5	Nach der dritten Injection Papel verheilt; nach fünf Injectionen geheilt entlassen.

Post-Nr.	Personalien	Tag der Infection	Erkrankung	Symptome
21	Theodor L., 26 Jahre, Kaufmann.	Vor etwa drei Monaten.	1.	Condylom. lat. ad anum, Plaques auf Palat. molle und Tonsillen. Drüsenschwellung.
22	Karl V., 23 Jahre, Schreiner.	Vor einigen Monaten.	1.	Kranz breiter Condylome um den Anus. Multiple Drüsenschwellung.
23	Elisabeth K., 20 Jahre, Dienstmädchen.	?	1.	Condylom. lat. ad anum et vulv. Exanth. pap. Indolente Bubonen.
24	Anna R., 21 Jahre, p. p.	Angeblich vor vier Monaten.	Recidiv.	Ulcus am Zungenrande, Plaques auf den Tonsillen. Indolente Drüsenschwellungen.
25	Josef A., 28 Jahre, Kellner.	Geleugnet.	1.	Ausgesprochenes Exanthem. mac.-pap. Indolente Bubonen.
26	Paul W., 27 Jahre, Kellner.	?	1.	Indurirte Ulcera. Ulcus auf der Zunge und am Mundboden. Plaques und Ulcera auf den Tonsillen; indolente Drüsenschwellung.
27	Karl H., 18 Jahre, Knecht.	Geleugnet.	1.	Condylom. lat. am Anus, Scrot. und Penis. Plaques auf den Tonsillen, Drüsenschwellung.

Dauer der Behandlung	Zahl der Injectionen	Bemerkungen
27. December 1888 bis 24. Jänner 1889.	6	Nach einer Injection leichte Gingivitis; Jodtinctur. Nach drei Injectionen Rückbildung der Condylome. Nach fünf Injectionen noch Andeutung von Plaques auf den Tonsillen; nach sechs Spritzen geheilt entlassen.
24. December 1888 bis 2. Februar 1889.	7	Nach drei Injectionen Condylome in Rückbildung. Nach sieben Injectionen noch leichte Erhabenheiten am Anus. Local: Hydrarg. salicyl. als Puder, ohne sichtbaren Erfolg, da Patient die Klinik verlässt.
10. Jänner bis 8. Februar 1889.	4 u. 2 halbe	Nach einer Injection Auflockerung des Zahnfleisches; Jodtinctur. Nach zwei Injectionen bedeutende Involution der Condylome, nach vier Injectionen manifeste Symptome bis auf Pigmentirungen beseitigt.
19. Jänner bis 8. Februar 1889.	4	Nach der ersten Injection Ulcus in Abheilung. Nach drei Injectionen nur noch leichte Beläge auf den Tonsillen zu bemerken. Nach vier Injectionen manifeste Symptome geschwunden.
10. Jänner bis 25. Jänner 1889.	3	Deutliche Rückbildung der Erscheinungen, Patient verlässt die Klinik.
22. Jänner 1889.	3 u. 2 halbe	Nach zwei Injectionen Rückbildung der Plaques, Ulcera zeigen Tendenz zur Heilung; sind theils geschwunden nach vier Injectionen.
15. Jänner bis 17. Februar 1889.	4 u. 2 halbe	Condylome nach zwei Injectionen in Rückbildung. Nach fünf Injectionen Condylome am Scrotum und Penis geschwunden, am Anus noch Hyperämien.

Post-Nr.	Personalien	Tag der Infection	Erkrankung	Symptome
28	Margarethe S., 18 Jahre, p. p.	Dec. 1887.	Recidiv.	Condylom. lat. ad lab. maj. sin. Multiple Drüsenschwellung.
29	Maria Sch., 23 Jahre, p. p.	Angeblich vor fünf Monaten (Ulcera ad lab. min.).	1.	Weit verbreitetes Exanth. mac.-pap. Einzelne circinnäre Flecken, theils exulcerirt. Plaques auf der Mundschleimhaut; multiple indolente Bubonen.
				b) Poliklinisch
1	Alfred R., 22 Jahre, Stud. med.	?	1.	Exanthema maculo-papulos.
2	Elise F., 45 Jahre, Ehefrau.	?	1.	Condylom. lat. ad anum et vulvam. Plaques auf den Tonsillen. Exanth. mac.-pap. Multipel geschwollene Drüsen.
3	Fritz D., 28 Jahre, Stud.	?	Recidiv.	Condylom. lat. ad anum. Plaques auf den Tonsillen. Drüsen multipel indurirt.
4	Bernhard H., 22 Jahre, Stud.	Juli 1888.	2.	Plaques an der Unterlippe, Belag auf den Tonsillen. Indolent geschwollene Cervical- und Inguinaldrüsen.
5	Bertha M., 58 Jahre, Witwe.	?	Recidiv.	Auf der rechten Schulter zerfallene Gummata, auf der rechten Kopfhälfte gummöse Geschwülste. Multiple Drüsenschwellung.

Dauer der Behandlung	Zahl der Injectionen	Bemerkungen
10. October bis 24. November 1888.	4	Nach der dritten Spritze von den Condylomen nur noch leichte Pigmentirungen vorhanden, nach vier Injectionen geheilt entlassen.
25. Jänner bis 10. Februar 1889.	3	Nach einer Injection Abtrocknen der Ulcerationen, Abblassen des Exanthems. Nach drei Injectionen weiteres Abblassen des Exanthems, Plaques beseitigt. Patientin verlässt auf ihren Wunsch die Klinik.

wurden behandelt:

13. December 1888 bis 24. Jänner 1889.	5	Nach der zweiten Spritze Abblassen des Exanthems; nach der fünften manifeste Symptome beseitigt.
30. December 1888 bis 26. Jänner 1889.	4	Nach der zweiten Spritze luetische Symptome in Rückbildung. Nach der dritten Spritze Involution der Condylome. Nach vier Spritzen von den Condylomen nur noch Pigmentirungen zu sehen.
1. December 1888 bis 22. Jänner 1889.	7	Nach der zweiten Spritze Rückbildung der Condylome, nach der sechsten Spritze sämmtliche manifesten Symptome geschwunden.
4. November bis 29. November 1888.	4	Schon nach zwei Spritzen Wirkung der Injectionen deutlich sichtbar. Nach vier Spritzen geheilt entlassen. Am 4. Februar 1889 Recidiv: Plaques auf Mund- und Rachenschleimhaut.
15. November bis 30. November 1888.	1	Nach einer Injection reinigt sich die Wundfläche ab und verheilt unter Sublimatumschlägen. Gummata auf dem Kopf in Rückbildung. Sol. Kal. jodat. zur Weiterbehandlung.

Post-Nr.	Personalien	Tag der Infection	Erkrankung	Symptome
6	Paul H., 30 Jahre, Stud.	Im Jahre 1876.	Recidiv (2).	Flache Narbe am Penis, breite Condylome am Anus und Plaques auf den Tonsillen. — Beiderseits Pupillarerweiterung.
7	Johann H., 46 Jahre, Maurer.	?	1.	Indurirtes Ulcus. Condylom. am Anus. Indolente Bubonen.
8	Anna H., 37 Jahre, Ehefrau.	?	1.	Condylom. lat. ad anum et vulv. Exanth. mac.-pap. Lichen syphil. Bub. indol.
9	Ludwig K., 23 Jahre, Stud. med.	8. Nov. 1888, Ulcus am Präp., damals zwölf Tage Unctionscur.	1.	Psoriasis palmaris et plantaris. Exanth. mac.-pap. Multiple indol. Bubonen.

Um nun noch einmal kurz das Ergebniss der Behandlung der Syphilis mit Hydrarg. salicylic. zusammenzufassen, so können wir sagen:

1. Man erzielt mit Hydrarg. salicylic. gute Heilresultate bei allen Formen der Syphilis; Frühformen gehen bereits auf ein bis zwei Injectionen deutlich zurück.

2. Die Zahl der Injectionen scheint im Allgemeinen die bei einer Behandlung mit Calomelöl um eins bis zwei zu übersteigen.

3. Dafür hat das Hydrarg. salicylic. den grossen Vorzug, dass es sowohl locale Reizerscheinungen, als auch allgemeine Intoxications-Erscheinungen so gut wie gar nicht hervorruft.

4. Es empfiehlt sich, die Injectionen alle drei Tage in der Stärke von 0·05 zu machen, da man dann gegen eine Intoxication am besten gesichert sein dürfte.

Dauer der Behandlung	Zahl der Injectionen	Bemerkungen
7. December bis 14. December 1888.	1	Patient entzieht sich der Behandlung.
11. Jänner 1889.	3 u. 1 halbe.	Nach zwei Injectionen Rückbildung der Condylome, Erweichung der Induration.
14. Jänner 1889.	2 u. 1 halbe.	Nach zwei Injectionen Abblassen des Exanthems und Rückbildung der lichenoiden Knötchen.
15. Jänner bis 10. Februar 1889.	4 u. 2 halbe.	Nach zwei Spritzen Exanthem im Rückgehen, ebenso die Psoriasis. Nach fünf Injectionen alles beseitigt, leichte Röthung auf den Tonsillen.

Zum Schlusse erfülle ich gerne die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Chef, Herrn Geheimrath Doutrelepont für die gütige Ueberlassung des Materiales und die Erlaubniss, diese Resultate zu publiciren, meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Róna: Ichthyosis.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth Wien, VII. Bez.

Hochgradige Ichthyosis im Säuglingsalter.

Von

Dr. S. Róna,
ordinirender Primararzt in Budapest.

(Hiezu Tafel IV.)

Die Acten über Ichthyosis foetalis sind noch nicht abgeschlossen. Durch Caspary's[1]) Mittheilungen gewann die Frage erhöhtes Interesse und gleich nach ihm veröffentlichte Münnich[2]) weitere zwei Fälle.

Caspary's Verdienst, die einschlägige Literatur aufgearbeitet zu haben, ist nicht genug hochzuschätzen, da dadurch unsere Kenntnisse und Anschauungen über fötale Ichthyosis bedeutende Erweiterungen erfahren haben. Es wird heute Niemandem einfallen, nach Kenntniss der durch Caspary gesichteten Literatur die Existenz einer schweren, hochgradigen, im fötalen Leben sich entwickelnden Ichthyosis zu bezweifeln.

Auch durch die Anführung und Besprechung der Lang'schen Fälle sind wir um einen Schritt in der Kenntniss der ganzen Ichthyosislehre vorwärts gekommen. Diese als Bindeglied zwischen fötaler und gewöhnlicher juveniler Ichthyosis hingestellt, erheben mit Recht erhöhte Ansprüche gegenüber den bisherigen Anschauungen über Anfänge und Ausbildung im extrauterinalen Leben. Die Lang'schen Fälle beweisen wieder, dass in gewissen Fällen im strengsten Sinne des Wortes die Ichthyosis nicht fötal, auch nicht congenital genannt werden und doch sehr

---

[1]) Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1886, pag. 3.
[2]) Monatsh. f. prakt. Derm. 1886, pag. 240.

frühzeitig, kaum einige Wochen nach der Geburt, in hohem Grade sich entwickeln kann.

Auf Caspary's Arbeit verweisend, veröffentliche ich im Nachstehenden einen Fall frühzeitiger Ichthyosis, dem dadurch erhöhtes Interesse innewohnt, dass der Anfang auf die ersten Lebenswochen zurückzuführen ist und dass sich die Krankheit partiell entwickelt und ihre Ausbreitung vor meinen Augen unter meiner Beobachtung gewonnen hat; weiter dadurch, dass das aus derselben Familie stammende erste Kind in viel höherem Masse gleich nach der Geburt erkrankte und im Alter von vier Monaten an hochgradiger Ichthyosis elend zu Grunde ging.

Mein Fall schliesst sich dem Behrend's[1]) (den auch ich für Ichthyosis halten muss) an, da auch hier, wie auf dem Bilde theilweise zu ersehen ist, consecutive hochgradige Atrophie der Haut der Hände und Füsse sich entwickelte. Eine weitere Merkwürdigkeit bietet der Fall durch sein fleckenweises, symmetrisches Auftreten, durch sein langsames, aber stetes Fortschreiten.

Ueber die ersten Anfänge muss ich gleich hier einige Bemerkungen machen. Dieselben spielten sich höchst wahrscheinlich gleichzeitig in der Papillarschicht der Cutis und in der Epidermis ab, da hanfkorn- bis linsengrosse, gelb- bis braunrothe, scharf umschriebene, mässig infiltrirte Flecke entstanden, über welche die Hornschicht gleich trockener und glänzender wurde. Es vergehen Tage, bis an einzelnen solchen Flecken die Hornschicht rissig wird und sich ablöst. Nur sehr langsam verlieren die Flecke ihre Hyperämie und Infiltration. Die Haut wird dann mehr gelblichroth oder gelb verdünnt und die Schuppenbildung und Abstossung geht dann regelmässig und unaufhaltsam von Statten. (Ich war bisher nicht in der Lage, ein Hautstückchen zu excidiren und mikroskopisch zu untersuchen.)

Der Fall ist folgender:

M. St., 11 Monate alt, Zimmermalerstochter, wurde am 17. Juli 1888 auf meine Poliklinik gebracht. Anamnese. Ihr Vater soll gesund sein und nie an einer Hautkrankheit gelitten haben. Die Mutter, 24jährig, seit vier Jahren verheiratet, von

[1]) Berliner klin. Wochenschr. 1885, Nr. 6.

blühendem Aussehen, gebar im April 1886 ihr erstes, vollkommen ausgetragenes Kind; es war ein Knabe. Bei diesem bemerkte sie gleich in den ersten Tagen röthliche Flecke, auf welche aber nicht geachtet wurde. Erst nach Wochen, da die Flecke immer grösser wurden und die Haut sich abblätterte, zeigte sie das Kind einem Arzte. Trotz der Behandlung war die Krankheit am Ende des zweiten Lebensmonates so weit geschritten, dass die Haut überall glänzend war und stets abschuppte. Die Schuppen waren verschieden gross, glänzend, ziemlich hart, theilweise fest anhaftend. Grosse Risse entstanden in der Haut, das Gesicht schrumpfte zusammen, die Mundöffnung rundete sich ab, die Lippen verdünnten sich pergamentartig, die Ohren fast unbeweglich, abstehend, steif, die Augenlider ektropisch. Nebstbei entwickelten sich bei ihm zahlreiche erbsen- bis taubeneigrosse, gelbe, durchscheinende Tumoren in der Haut, welche aufbrachen und Eiter entleerten. Das Kind konnte nicht gut saugen, magerte ab, die Haut wurde an ihm unter fortwährender Abschilferung immer enger, straffer, glänzender, schrumpfte langsam mumienhaft zusammen und im vierten Lebensmonate ging das Kind zu Grunde.

Am 8. September 1887 brachte sie zur rechten Zeit das vorgestellte Mädchen anscheinend gesund zur Welt. Bei diesem bemerkte sie erst im dritten Monate braunrothe, glänzende, schilfernde Flecke im Gesichte. Im fünften Monate entwickelten sich an den Lenden, Händen und Unterextremitäten ähnliche grössere Flecke. Seit vier Wochen leidet das Kind an Diarrhöe. Angst und Besorgniss trieben sie von einem Arzte zum anderen, und so suchte sie auch mich am benannten Tage auf.

St. praes. Das 11 Monate alte Mädchen ist in seiner Entwickelung etwas zurückgeblieben, sonst aber ziemlich wohlgenährt (siehe die Abbildungen nach Zeichnungen des Herrn Dr. Homicskó). Auffallend gross und gespannt ist der Bauch. Die allgemeine Decke zeigt nur stellenweise, aber symmetrisch, Veränderungen. So an beiden Backen, an der Oberlippe, am Kinn waren umschriebene, gelbliche oder gelblichrothe glänzende Flecke mit sehr feinen festhaftenden Schüppchen. Einzelne ähnlich beschaffene, scharfbegrenzte kleinere Flecke sieht man auch auf der linken Schläfe unterhalb beider unteren Lider.

Die Kopfhaut, der Hals, der Stamm vorne ganz, hinten bis zur Lendengegend, die oberen Extremitäten bis zu den Händen sind frei. An beiden Hälften der Lendengegend sieht man bis zur verlängerten hinteren Axillarlinie sich erstreckende symmetrische Flecke von gelblichrother Farbe, bedeckt mit glänzenden rissigen Hornlamellen. Die Haut ist hier mässig infiltrirt, schwerer und in grösseren Falten faltbar als an den gesunden Stellen. In der Umgebung sind Kratzeffecte zu sehen. Wieder symmetrisch angelegt je ein Fleck an beiden Hinterbacken, an den Tubera ischiadica, an den hinteren Flächen beider Oberschenkel. An der vorderen Fläche letzterer sind mehrere linsen- bis kreuzergrosse ähnlich beschaffene Flecke zu sehen. Aus solchen kleineren Flecken und Feldern zusammengesetzt scheinen die grossen der Unterschenkel zu sein. Vom unteren Drittel auf die Fussgelenke übergreifend, zeigt erst die Krankheit im grellen Lichte ihren eigentlichen Charakter. Die Haut ist hier streifenweise eingesunken, atrophisch, verdünnt, nicht faltbar, fest an die Unterlage geheftet, mit rissigen, glänzenden, ziemlich dicken, sehr harten, schmutzigweiss oder livid durchscheinenden Hornlamellen bedeckt. Nebst den Rissen der Hornschicht sieht man auch zahlreiche tiefe, blutende Rhagaden. Aehnliche rissige Streifen sind auch an der rechten Fusssohle. An den Knien ist je eine grössere Plaque; an der vorderen Fläche der Unterschenkel confluiren die einzelnen linsen- bis kreuzergrossen Flecke noch nicht.

Ueberall an den kranken Stellen der unteren Extremitäten ist die Haut dunkler colorirt, consistenter, schwerer faltbar. Hie und da gleichen die Flecke einem mehr weniger gelbroth oder braunroth gebratenen Apfel mit rissiger glänzender Schale.

Merkwürdig ist der Zustand der Hände und Finger. Von der Handwurzel ab ist die gesunde Haut mit scharfer Linie wie abgeschnitten von der eingesunkenen, fest an die Unterlage gehefteten, atrophischen, pergamentartigen Haut des Daumenballens. Auch die Haut beider Daumen, sowie beider Zeigefinger von dem Metakarpalgelenk an ist ringförmig eingesunken, pergamentartig, weiss glänzend, mit tiefen, blutenden Rissen, den Gelenken entsprechend, versehen. Die Hornschicht löst sich von den Rissen

aus in dicken Lamellen ab. Die Finger sind meist in mässiger Beugestellung; an den übrigen Fingern wie in den Handtellern sind verschiedene grosse, gelbrothe, glänzende Flecke zu sehen. Patientin kann gut essen und trinken, leidet aber seit Wochen an profuser Diarrhöe.

Therapie: Bäder und indifferente Salben.

Verlauf: Ich sah Patientin am 9. Februar d. J. zum letzten Male. Trotzdem sie schon im 18. Lebensmonate ist, kann sie noch keinen Schritt machen. Ihre Grösse und Entwickelung entspricht bei Weitem ihrem Alter nicht. Die vegetabilen Functionen gehen aber gehörig von Statten — sie isst viel (sie wurde im Alter von zwölf Monaten entwöhnt), schläft gut, die Diarrhöen haben längst aufgehört.

Die Ichthyosis hat bedeutende Fortschritte gemacht. Im Gesichte confluirten die ichthyotischen Flecke — die Oberlippe verdünnte sich, beide untere Augenlider sind schon steif, fast ektropisch, das ganze Gesicht ist gelblich glänzend, wie lackirt, steinern, verkleinert, mit kleinen, festhaftenden Schüppchen bedeckt.

Auch am Kinne vergrösserte sich der Fleck. Die Flecke der Lenden confluirten durch Auftreten linsen- bis kreuzergrosser neuer Flecke mit denen der Gesässgegend, welche selbst wieder mit den Flecken über den Sitzbeinhöckern confluirten. Letztere breiteten sich wieder auf die Perinealgegend und auf die grossen Labien aus. Das Gesäss fängt an, sich abzuflachen. Neue linsengrosse und grössere Flecke traten auch auf den Oberschenkeln, auf Händen und Füssen auf. Beide Mittel- und Ringfinger zeigen die beschriebenen atrophischen rissigen Streifen. Die Fingernägel sind dicker geworden, mit länglichen Furchen versehen; sonst aber wie gewöhnlich glänzend.

Die alten Flecke wurden mehr gelb oder weisslichgelb und — wenn durch Bäder und Salben von den Schuppen befreit — glatt glänzend. Der letztere Zustand dauert aber nur Tage, denn nachher wird die Hornschicht wieder sehr trocken, rissig, und löst sich von Neuem in kleineren und grösseren Feldern ab. Mässiges Jucken, meist in der Lendengegend. An der Stirne entwickelte sich inzwischen ein nässendes Eczem, welches aber bald verheilte; an seiner Stelle trat Ichthyosis auf.

Die freigebliebenen Stellen zeigen nichts Abnormes. Die Haut ist überall weiss, elastisch, ohne Pityriasis.

Patientin steht noch unter Behandlung.

— — — — — — — — — — — — — —

— — — — — — — — — — — — — —

Was die Diagnose und Auffassung dieses Falles betrifft, muss ich noch Einiges bemerken.

Von der Sclerema adultorum ist diese Krankheit leicht zu unterscheiden. Die partielle Sklerodermie tritt manchmal symmetrisch an den Extremitäten auf, aber nie in Gestalt von linsengrossen und noch kleineren Flecken. Primär ist hier die Verdichtung der Haut und ihrer Unterlage, wodurch die Haut steif, rigid, bretthart und unfaltbar wird. Schon im Beginn, aber noch mehr nach mehrmonatlicher Dauer verdünnt sich die Haut und das subcutane Gewebe wird fest an die Unterlage gelöthet und kann nicht verschoben werden. Die Haut selbst ist überall glatt, geschmeidig wie polirte Seife; nirgends findet man Hyperkeratose, nirgends Felderung der Hornschicht, nur selten mässige, sehr feine Abschilferung. Das Hauptgewicht der Krankheit liegt eben in der Cutis und im subcutanen Gewebe selbst. Im atrophischen Stadium sieht man in manchen Fällen schon an den Fingern Pseudoankylosen, ja Geschwüre, und doch keine rissigen, dicken, abblätternden Hornlamellen. Die Sclerodermie der Säuglinge, wie sie Cruse beobachtete, kann hier gar nicht in Betracht kommen. Die bretthaften oder teigigen, knolligen Infiltrate ohne Symmetrie, ohne regeren Verhornungsprocess der Epidermis, die Gutartigkeit, ja leichte Heilbarkeit, lassen eine Verwechselung nicht aufkommen.

Auch die progressive lenticuläre Melanosis (Xeroderma pigmentosum) kann hier mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Nach fünfzehnmonatlicher Dauer der Krankheit, wo schon mehr als ein Drittel der ganzen Haut erkrankt ist, sieht man noch nichts von Pigmentflecken und Teleangiektasien. Nirgends sind weisse, narbenähnliche Flecke und Streifen.

Sonach ist hier — die ausserordentliche Seltenheit ausgenommen — nichts vorhanden, was gegen die Annahme der Ichthyosis spräche. Hingegen sprechen die Anlehnung an den

brüderlichen Fall, die vorhandenen Symptome, der Verlauf, nur für Ichthyosis.

Die Steifheit, die Verdünnung und Atrophisirung der Haut an den Fingern, an den Endpartien der Füsse sind als Druckatrophie aufzufassen und sind Folgen der Hyperkeratose, welche wie es an vielen, selbst leichter erkrankten Erwachsenen zu sehen ist, an Händen und Füssen am fortgeschrittensten ist. Band- und streifenförmige Einsenkungen an Stellen, wo spärliches Fettgewebe vorhanden ist, wie an Händen und Füssen, an den Fussgelenken, sind auch in den Fällen von Lang und Behrend angegeben.

Ueber das Alter, den Ursprung und die Benennung der Syphilis in Bosnien und der Hercegovina.

Von

Dr. Leopold Glück,

Arzt der Centralstrafanstalt in Zenica (Bosnien).

Der Mangel an urkundlichen Daten über das Alter und den Ursprung der Syphilis in Bosnien und der Hercegovina öffnet der vagen Vermuthung Thüren und Thore, und kann das erstere nur im Wege der Combination annäherungsweise bestimmt werden, wobei die Beurtheilung des dermaligen Krankheitscharakters, sowie eine Sichtung der Anschauungen, die über das Alter dieses Leidens unter dem gebildetsten Theile der einheimischen Bevölkerung — wir meinen die Brüder des Franciscanerordens — herrschen, die wichtigsten Factoren der Berechnung bilden müssen. In Bezug auf die Ermittelung des Ursprunges der Syphilis in Bosnien hinwieder muss man die ganz eigenartigen Verkehrsverhältnisse des Landes vor der Occupation und die dermalige Verbreitung in den einzelnen Theilen beider Provinzen berücksichtigen, um einen Schluss ziehen zu können, der auf einige Wahrscheinlichkeit Anrecht hat.

Unsere Gewährsmänner sind durchwegs Laien, die im besten Glauben ihre Vermuthungen als Thatsachen angeben. Unsere Aufgabe ist es, die Richtigkeit derselben zu prüfen und den Weizen von der Spreu zu sondern.

Die Aeusserungen über das Alter der Krankheit im Lande zerfallen in mehrere Gruppen. Die Einen glauben, dass die Syphilis bereits im Jahre 1463, das ist im Jahre des Verfalles des

Königreiches Bosnien, von den das Land überfluthenden Osmanen eingeschleppt wurde. Einige äussern sich wieder dahin, dass das Leiden im Jahre 1832 durch das Heer Mahmud Paša's, der den Aufstand der einheimischen Begs gegen die Autorität des Sultans zu unterdrücken hatte, eingeschleppt wurde; Andere wieder meinen, dass Omer Paša, der im Jahre 1849 den Trotz der einheimischen Magnaten gebrochen hat, mit seinen Osmanen und Anatoliern die Syphilis ins Land brachte, schliesslich geben Einige ihre Meinung dahin ab, dass die aus Serbien im Jahre 1863 ausgewanderten und im Nordosten Bosniens angesiedelten Türken die Syphilis eingeschleppt haben.

Diesen Vermuthungen über das Alter der Syphilis in Bosnien und der Hercegovina können wir zwei schriftliche Zeugnisse entgegenhalten, die wenigstens das Heer Omer Paša's und die aus Serbien eingewanderten Türken vom Verdachte befreien, dem dermaligen Occupationsgebiete das Danaïdengeschenk der Syphilis zum ersten Male gebracht zu haben.

Ich bin im Besitze eines geschriebenen „Libellus medicinalis novus“ von Fra. Stephan Christičević, der vom Jahre 1834 datirt ist und bereits zwei Arten der Syphilisbehandlung anführt. Fra. Christičević würde wohl sicherlich über die Behandlung dieser „schändlichen“ Krankheit nicht geschrieben haben, wenn sie im Lande nicht geherrscht hätte.

J. F. Jukić wieder äussert sich im ersten Bande des „Prijatelj Bosanski“ (Bosnischer Freund) vom Jahre 1850 dahin, dass „die Syphilis vor circa siebzig Jahren“ (also um das Jahr 1780) „zum ersten Male von den Osmanen nach Bosnien eingeschleppt wurde“. Er entlastet somit auch das Heer Mahmud Paša's 1832 von dem Verdachte der Syphiliseinschleppung.

Wenn wir auch keinesfalls die einseitige Meinung jener Syphilidographen theilen, die die Syphilis als neue, weder dem Alterthume noch dem Mittelalter angehörende Krankheit betrachten, so sind wir doch überzeugt, dass sie vor dem Jahre 1493, d. h. vor ihrem ersten epidemischen Auftreten, nur sehr selten gesehen wurde und dass es daher höchst gewagt wäre, den Beginn dieser Krankheit in Bosnien um dreissig Jahre vor ihrem epidemischen Auftreten annehmen zu wollen. Uebrigens ist es erwiesen, dass die epidemische Syphilis erst nach dem Jahre 1493

in die Türkei eingeschleppt wurde. Berücksichtigt man weiter den für die Altersbestimmung der Syphilis keinesfalls unwichtigen Umstand, dass dieselbe im Occupationsgebiete dermalen noch bedeutend bösartiger ist und viel schneller verläuft, als in den anderen Ländern Europas, dass sie mehr weniger noch an sich den Charakter trägt, wie sie von den Syphilidographen in der ersten Hälfte des XVI. Jahrhunderts geschildert wird, so kann man den Beginn der Syphilis in Bosnien und der Hercegovina nicht über den Anfang unseres Jahrhundertes zurückdatiren.

Was nun die Quelle betrifft, aus der das besagte Leiden hier entsprungen ist, so einigen sich Aller Meinungen dahin, dass dasselbe von den Osmanen eingeschleppt wurde. Ist aber diese Meinung nicht etwa von demselben Schlage wie jene, welche seinerzeit die Marranen beschuldigte, die Syphilis im Süden Europas verbreitet zu haben? Spielt hier nicht ein bischen religiöser Antagonismus mit, der gerne dem Andersgläubigen etwas, wenigstens nicht Schmeichelhaftes aufbürden möchte? Wissen wir doch, dass das naheliegende Dalmatien so viele Herde endemischer Syphilis besitzt, von denen aus ein Uebergreifen der Krankheit auf das benachbarte bosnisch-hercegovinische Gebiet gar keinen Hindernissen begegnen würde. Warum nun in die Ferne schweifen, wenn das „Böse" nahe liegt? Vergisst man aber nicht, dass der Verkehr Bosniens und der Hercegovina mit den westlichen und nördlichen Nachbarländern vor der Occupation ein minimaler war, bedenkt man weiter, dass sowohl der Bosniake als auch der Hercegovce von aller Welt abgeschlossen lebte und in dem Fremden, und namentlich im Abendländer, eher einen Feind, dem er misstraute, als einen Freund, dem er sein Haus gastlich öffnen müsste, betrachtete, so wird man der Vermuthung, dass es eher der Osmane, als jeder andere war, der das Land mit der Syphilis beschenkt hat, gleichfalls Raum geben müssen. Er war namentlich in Gestalt eines kaiserlich ottomanischen Soldaten der gefürchtete Herr im Lande, dem sich alle Thüren und Thore öffneten, der auch bei Liebesabenteuern den Grundsatz befolgt haben dürfte: „Und gehst du nicht willig, so brauch' ich Gewalt", und wo es sicherlich auch vorgekommen sein wird, dass die Gewalt mehr nur zum Scheine gebraucht wurde, indem „Sie" ihm auf halbem Wege entgegenkam.

Ich will dadurch wahrlich keinen Schatten auf die Tugendhaftigkeit der bosnischen Frauen werfen! Im Gegentheile muss ich es besonders hervorheben, dass Sittenreinheit eine der hervorragendsten Tugenden der einheimischen Bevölkerung war. Aber ich halte dafür, dass es keine Regel ohne Ausnahmen gibt, und zur Erklärung des Beginnes der Syphilisverbreitung genügen diese Ausnahmen vollkommen.

Das dermalige Occupationsgebiet unterhielt zur Zeit der ottomanischen Regierung einen unvergleichlich regeren Verkehr mit den anderen Provinzen der europäischen Türkei, als mit den westlichen Nachbarländern. Die häufigen Aufstände seit Beginn dieses Jahrhunderts waren Ursache mehrfacher militärischer Invasionen. Später, namentlich seit den Dreissiger Jahren, waren viele Orte militärisch besetzt, und so mancher Osmane gründete hier sein Heim.

Welche Bedeutung aber derartige Invasionen und Durchzüge von Truppen für die Ausbreitung der Syphilis haben, ist eine zu bekannte, durch vielfache Erfahrungen erwiesene Thatsache, die keiner weiteren Erörterung bedarf.

Als nun schliesslich Omer Paša auch die Bosnier und Hercegovcen mohamedanischer Confession zu assentiren begann, und als diese Soldaten nach jahrelangen Wanderungen durch das ganze osmanische Reich wieder in ihre Heimatsdörfer zurückkehrten, so dürfte selten einer unter ihnen gewesen sein, der sich nicht die Syphilis als Andenken für sein Leben heimgebracht und weiterverbreitet hätte.

Die Anfangs sporadisch auftretende Krankheit breitete sich durch immer häufigere Nachschübe mehr und mehr aus und griff schliesslich auch auf den christlichen Theil der Bevölkerung, der Anfangs wahrscheinlich verschont blieb, über. Unkenntniss des Leidens, excessive Unreinlichkeit und nahezu vollständiger Mangel an sachverständiger ärztlicher Hilfe trugen unzweifelhaft recht viel dazu bei, dass die Krankheit eine Ausdehnung gewinnen konnte, die, wir wollen es hier vorweg nehmen, erschreckend ist.

Ein weiterer, sehr wichtiger Umstand für die Annahme, dass die Syphilis eher von Osten als von Westen ins Land eingeschleppt wurde, ist die Thatsache, dass wir die Syphilis unvergleichlich häu-

figer in den östlichen Theilen des Landes antreffen, als in den an Dalmatien grenzenden westlichen Bezirken.

Bei alledem wollen wir dennoch nicht noch zwei wichtige Momente, die zur Ausbreitung der Syphilis, namentlich im Bezirke Cazin und in der Savegegend, beigetragen haben, aus dem Auge lassen.

Bekanntlich war zu Beginn des laufenden Jahrhunderts ein Theil von Türkisch-Croatien, der ungefähr dem dermaligen Bezirke Cazin entspricht, durch einige Zeit von den Franzosen militärisch besetzt. Wenn wir nun auch diese Thatsache für die Ausbreitung der Syphilis in diesem Landestheile nicht zu hoch veranschlagen, indem, wie gesagt, der Bosnier für den Abendländer kaum zugänglich war, so darf sie jedoch bei der Beurtheilung der Quellen dieses Leidens im Occupationsgebiete nicht ganz ausser Acht gelassen werden, und das um so weniger, wenn man berücksichtigt, welche Bedeutung die Invasion der Franzosen für die Einnistung der Syphilis in Dalmatien gehabt hat.

Als im Jahre 1876 in Bosnien wieder einmal der Aufstand ausgebrochen war, flüchteten viele in den Niederungen der Savegegend wohnende Familien auf das österr.-ungar. Gebiet und namentlich nach Slavonien. Hier fanden die Flüchtlinge zwar Schutz und Unterkunft, aber leider auch die Syphilis, welche in einem Theile des einstigen Grenzgebietes sehr verbreitet ist. Als diese Flüchtlinge hierauf im Jahre 1878 wieder repatriirt wurden, so mussten sie nolens volens auch die Syphilis in die alte Heimat mitbringen.

In Bezug auf das Alter und den Ursprung der Syphilis in Bosnien und der Hercegovina können wir somit Folgendes constatiren, und zwar:

1. Dass die Syphilis hier wahrscheinlich vor Beginn dieses Jahrhunderts nicht geherrscht hat, und

2. dass sie grösstentheils durch die Osmanen, theils aber durch Einheimische vom ferneren Oriente oder in jüngster Zeit aus Slavonien, zum geringsten Theile aber aus dem Westen und namentlich durch die Franzosen hieher eingeschleppt wurde.

Die Syphilis wird im Occupationsgebiete mit mehreren Namen bezeichnet. Im Norden und Westen nennt man sie, sowie in

Croatien und Dalmatien „Franza“, in Mittelbosnien und einem Theile der Hercegovina heisst sie „Frenjak“, in Süd- und Südostbosnien ist ihr Name „Kadovi“ (Räucherungen), indem man den Namen der häufigsten Behandlungsmethode auf die Krankheit, gegen welche sie verwendet wird, überträgt. Im ganzen Lande kennt man übrigens die Syphilis als „gadna bolest“ (abscheuliche Krankheit). Das Wort „Frenjak“ ist türkischen Ursprunges. Die Türken nennen die Syphilis „Frengi illeti“ oder „Frengi hastalük“, was so viel wie Krankheit der Franken, der Abendländer bedeutet.

Hie und da, namentlich von einigen Franciscanern, habe ich die Meinung äussern gehört, dass „Franza“ und „Frenjak“ zwei verschiedene Krankheiten sind und dass erstere nur durch unreinen geschlechtlichen Verkehr, letztere aber durch verschiedene andere Ursachen entstehen könne.

Die Bevölkerung selbst macht diese Unterschiede nicht, bei ihr ist „Frenjak“ und „Franza“ eine Krankheit.

Rheumatismus gonorrhoicus oder Syphilis?

Von

Dr. Schuster in Aachen.

Als stehendes Capitel in den medicinischen Lehrbüchern gilt der Rheumatismus gonorrhoicus, dessen Natur und Ausdehnung allerdings noch nicht ganz klar gestellt sei. In Folge von blennorrhoischer Urethritis wird nämlich zuweilen eine gleichzeitige oder auch später auftretende Erkrankung der Gelenke, insbesondere des einen Kniegelenkes oder auch beider, mit oder ohne Betheiligung anderer Gelenke, nicht selten unter mässigem abendlichen Fieber, beobachtet. Da der Gonococcus die Veranlassung der specifischen Urethritis sei, so wurde für solche Gelenkserkrankungen angenommen, dass derselbe in die Blutmasse gelange und gewissermassen metastatisch Gelenk- und andere sogleich zu erwähnende Entzündungen mache. Nun ist aber in solchen Fällen der Gonococcus nicht unzweifelhaft weder im Blute noch in der Gelenkflüssigkeit des ergriffenen Gelenkes nachgewiesen. Haslund suchte ihn z. B. vergebens in den ergriffenen Gelenken; statt der specifischen Gonococcen fand er Eitercoccen. Da nun letztere in dem Secrete der specifisch entzündeten Urethra gefunden werden, so nahm man an, dass die gonorrhoische Gelenksentzündung auf Eiterinfection beruhe. Bockhart, der bis zu fünf verschiedenen Bacterienarten neben den Eitercoccen im gonorrhoischen Secrete gefunden hat, hält es mit Gerhardt für wahrscheinlich, dass neben den Gono- und Eitercoccen auch andere Mikroorganismen secundäre Gelenksinfection, und die gleichzeitig seltener beobachtete Iritis bedingen werden, dass demnach eine noch unaufgeklärte

Mischinfection stattfinde. Aber nicht allein die Iritis, sondern auch Endo- und Pericarditis werden, als zuweilen mit der in Frage stehenden Gelenkserkrankung einhergehend, zur Vervollständigung des Krankheitsbildes als Ausdruck der gonorrhoischen Secundärerkrankung mit hinzugerechnet.

In seinem Lehrbuche der Augenheilkunde spricht sich Michel betreffs der Aetiologie der Iritis dahin aus, dass auch die gonorrhoische Infection zu entzündlichen Veränderungen der Gefässhaut führe. Er nimmt wie für die Gelenke so auch für die damit einhergehende Iritis die Gonococcen als die nähere Ursache an und fügt hinzu (S. 471), dass sicherlich die Erkrankung des Auges hienach viel häufiger vorkommt, als man bis jetzt vielleicht noch anzunehmen geneigt ist.

Im vergangenen Jahre wurde von den französischen Autoren Hayem und Parmentier auf Grund von zwei eigenen und vier von Anderen genau beschriebenen Fällen erwiesen, dass man nicht nur rheumatische Leiden, sondern auch Rückenmarksleiden in Folge von gonorrhoischer Infection gewärtigen kann. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12, 1889). Sensibilitätsstörungen, als Gürtelgefühl, Neuralgien, Hyper- und Anästhesien, Motilitätsstörungen, als: Muskelkrämpfe oder Muskelschwäche, unwillkürliches Zittern, erhöhte Kniereflexe, Atrophie der Unterextremitäten neben Erguss in den Kniegelenken, Schmerzen in den Fusswurzelknochen und namentlich in den Fersen bestanden bei der gonorrhoischen Urethritis. Entzündung der Fersenbeine ist auch schon von Fournier bei dem gonorrhoischen Rheumatismus hervorgehoben, aber in ihrer Bedeutung nicht weiter besprochen. Therapeutisch haben sich die Salicylpräparate als völlig unwirksam bei der gonorrhoischen Gelenksentzündung erwiesen. Ueberhaupt ist ihr Verlauf gar oft ein äusserst hartnäckiger; auch der Einwirkung der verschiedenen Thermalbäder gegenüber, der der Schwefelbäder nicht ausgenommen, wohin die Kranken nach vielen vergeblichen Curen geschickt werden, zeigt sich diese Erkrankung oft äusserst rebellisch.

Ich hatte Gelegenheit, sowohl früher, wie namentlich auch in den letzten Jahren verschiedene Fälle von Rheumatismus gonorrhoicus zu behandeln und zu heilen, und bin in Folge dessen für

bestimmte Complicationen desselben zu einer anderen Auffassung dieses Krankheitsprocesses gedrängt worden.

Es muss zunächst betont werden, dass im Verhältniss der Urethritis gonorrhoica der Rheumatismus gonorrhoicus, insbesondere in Verbindung mit Iritis, nicht häufig, oder gar mit spinaler Manifestation gar selten beobachtet ist.

Die Complication der Urethritis gonorrhoica mit Epididymitis, Cystitis, Prostatitis, Entzündung der Cowper'schen Drüsen begreift sich leicht durch unmittelbare, contagiöse, örtliche Fortleitung des Infectionsstoffes; auch die Conjunctivitis blennorrhoica durch dessen unmittelbare Uebertragung, nebst der oft darauf folgenden Panophthalmitis bedarf keines besonderen Aufschlusses. Die Nekrotisirung der Hornhaut, die Diphtherie der Umgebung ist bei heftigen derartigen Entzündungen rasch vollendet. Dagegen aber gibt es ja auch milder verlaufende Conjunctival-Blennorrhöen, besonders der Neugeborenen, und wie selten wird hiebei Iritis, wenn nicht in Folge usurirender Keratitis, beobachtet. Wenn denn nun die gonorrhoische Entzündung metastatisch gerne Iritis macht, warum geschieht dieses nicht jedesmal bei der Conjunctivitis blennorrhoica, die es denn doch sehr nahe bis zur Iris hat?

Dieser Umstand, sowie das seltene Hinzutreten der Iritis zur gonorrhoischen Gelenksentzündung machen es wahrscheinlich, dass diese Complication durch einen ganz besonderen Infectionsstoff bedingt sein muss. Dieser ist nach meinen Erfahrungen der der Syphilis; möglicherweise mag er ja durch die verschiedenen gleichzeitig hier vorhandenen Mikroorganismen in seiner Wirkungsweise beeinflusst sein. Den Schluss der mitvorhandenen syphilitischen Infection bei gleichzeitiger oder später auftretender Iritis bin ich genöthigt, aus den Heilungsresultaten einer mercuriellen Behandlung zu ziehen.

Kommt nun ausser der Complication der Iritis gleichzeitig Periostitis, Ostitis, oder Endocarditis oder Spinalaffection hinzu, und werden alle diese Secundärerkrankungen durch mercurielle Behandlung günstig beeinflusst oder gar geheilt, so hat man das Recht, hieraus zu schliessen, dass eine Anzahl von Fällen eines bis jetzt sogenannten Rheumatismus gonorrhoicus, wenn nicht mit allen, so doch mit ihren hervorstechenden Erscheinungen nichts anderes sind, als Manifestationen syphilitischer Erkrankung.

Hiemit ist dem Charakter der blennorrhoischen Urethritis nicht zu nahe getreten, da ja als Folge einer gleichzeitig mit ihr nicht selten beobachteten syphilitischen Urethralinfection auch andere, mehr gewöhnliche Syphiliserscheinungen jedem Specialisten bekannt sind. Auch ist hiemit nicht gesagt, und will ich durchaus nicht gesagt haben, dass jede Arthritis gonorrhoica syphilitischen Ursprungs sei, im Gegentheil mich dagegen verwahren.

Aus den sogleich aus einer grösseren Reihe von Fällen anzuführenden Krankengeschichten wird es sich ergeben, welche Complicationen des Rheumatismus gonorrhoicus ihn als der Syphilis mit angehörig kennzeichnen dürften.

1. Fall. In den ersten Jahren meiner Praxis behandelte ich einen vierundzwanzig Jahre alten Officier, der im Gefolge einer Blennorrhoea urethralis Kniegelenksentzündung und schmerzhafte Auftreibung beider Fersenbeine und einseitige Iritis hatte. Die Aachener Bäder nützten ihm ebensowenig, wie die vorher gebrauchten Wiesbadener Bäder. Erst nach Verabreichung von Sublimatpillen wurde sein bis dahin schneckenartiger, mühsamer Gang erheblich gebessert.

2. Fall. Ein mir auch heute noch zugängiger Herr lag früher jedes Jahr ein- bis zweimal an einem sechs bis acht Wochen dauernden Knie- und Fussgelenksrheumatismus darnieder. Nach eingetretener Besserung machte das fortbestehende Ergriffensein der Fusswurzelknochen und der Fersenbeine das Gehen noch wochenlang äusserst mühsam, das auf den Gebrauch der Aachener Bäder sich nur langsam besserte. Patient hatte früher eine hartnäckige Urethritis blennorrhoica durchgemacht, die eine Harnröhrenstrictur zurückliess, gegen die ihn sein damaliger Hausarzt ein elastisches Bougie gebrauchen liess.

Man könnte nun muthmassen, dass das Bougieren Mitveranlassung der Gelenksentzündungen gewesen sei. Vor nun sieben Jahren trat zu dem Gelenksrheumatismus plötzlich rechtsseitige Iritis auf. In Abwesenheit seines Arztes wurde ich zu dem Kranken gebeten. Neben örtlichem Atropingebrauche machte ich demselben täglich eine Injection löslichen Quecksilbersalzes. Die Iritis verschwand, aber mit ihr auch das Gelenksleiden, und Patient ist seitdem von letzterem befreit geblieben.

Vor drei Jahren wurde ich wegen eingetretener Harnverhaltung zu ihm gerufen. Patient, der sich, wie ich jetzt erst erfuhr, in den letzten Jahren mittelst eines dünnen Katheters täglich den Harn abliess, hatte sich einen falschen Weg gemacht. Es entstand unter starken Schüttelfrösten im Perineum ein Harnabscess. Die Boutonnière rettete den Kranken. Derselbe ist bis heute sehr wohl.

Hätte das Sondieren der Harnröhre die multiple Arthritis bedingt, so musste auch nach erfolgter Quecksilberbehandlung sich Arthritis zeigen. Das geschah aber nicht. Die Arthritis erhielt also erst durch die spät aufgetretene Iritis und die erfolgreiche specifische Behandlung die ihr zukommende Illustration der Syphilis.

3. Fall. Wiederholte Urethritis gonorrhoica; multiple Gelenksaffection, linksseitige Iritis, Endocarditis, Entzündung des Calcaneus.

Herr G., fünfundvierzig Jahre alt, verheiratet, Vater von sechs Kindern. Hatte vor fünfundzwanzig Jahren (1863) ein Ulcus mit vereiternden Inguinaldrüsen.

1868. Blennorrhoea urethralis, nach deren Heilung Heirat. Die Urethritis kam einige Male wieder, so auch im Jahre

1878, Jänner, Rheumatismus, konnte acht Monate lang die Glieder nicht bewegen, nahm Schlammbäder und kam auf Krücken zurück in die Heimat.

1879 und 1880, Schlammbäder, und kann sich mit Hilfe des Stockes mühsam bewegen.

1880. Wiederkehr der Urethritis,

1881 und 1882. Ischias, die auf Schwefelbäder sich nicht besserte, auch kamen die Gelenksschmerzen wieder.

1885. Linksseitige Iritis, nur Atropin und sechs Inunctionen zu Hause. Dauer fünf Wochen.

1886. Schlammbäder, ohne Hilfe für die Gelenke, schmerzhafte Schwellung in beiden Kiefergelenken.

1887. Aachen; 30 Inunctionen und Bäder.

1878/88. Im Winter zu Hause neun Wochen lang Iritis und vermehrte Schmerzen in den Schultergelenken.

1888, Februar. Wiederholte (immer linksseitige) Iritis mit grosser Cephalaea. Man entdeckt Endocarditis. Juli. Schmerzen in der Planta pedis. Patient geht wieder nach Aachen. Sein Arzt

wendet diesmal nur Bäder und Elektricität an, keine Medicamente. Nach sechswöchentlichem Aufenthalt keine Besserung. Patient consultiert einen zweiten Arzt; derselbe constatiert eine Insufficientia valvulae mitralis und empfiehlt dem Patienten Nauheim schleunigst an. (Nach Angabe des Kranken.) Den 21. August sehe ich zum ersten Male den Kranken, aus dem ich mit grosser Mühe vorstehende Anamnese feststellen kann.

Status praesens. Arme können nur bis zur Wagerechten erhoben werden. Die Planta pedis sinistra, entsprechend der Plantarfläche des Calcaneus, auf leichten Fingerdruck schon äusserst schmerzhaft. Das linke Fersenbein stark geschwollen und sehr schmerzhaft; Patient kann nicht auftreten. Das rechte Knie ergibt starkes Knarren bei Bewegung. Schmerzen in der Lendengegend. Verdauung gut. Insufficientia valvulae mitralis, starkes Geräusch, aussetzender Puls. Spitzenstoss zwischen fünfter und sechster Rippe. Linke Pupille erweitert. Schiefe Beleuchtung ergibt Synechien.

Ich musste hier unter der Maske einer multiplen gonorrhoischen Gelenksentzündung nebst Herzaffection, aus der Complication der Iritis und Entzündung des Calcaneus die Diagnose „Syphilis" entnehmen. Da der früher behandelnde Arzt das Jahr vorher erfolglos Inunctionen gemacht hatte, so verband ich letztere mit Injectionen eines löslichen Quecksilbersalzes. Unter dieser Behandlung besserten sich alle Krankheitserscheinungen stetig, und was das Merkwürdigste war, das Klappengeräusch verschwand vollständig, der Puls wurde regelmässig.

Am 4. October trat unter Stirnschmerzen und Ciliarinjection des linken Auges eine erneute Iritis auf, die durch Atropin und Fortsetzung der Quecksilbercur behoben wurde. Auf den kranken Calcaneus wurde der Paquelin wiederholt angewandt. Patient reiste Ende October sozusagen geheilt in seine Heimat. Im Jänner erfuhr ich von seinem dortigen Arzte, dass es ihm ausgezeichnet gehe.

4. Fall. Herr V—g, achtundzwanzig Jahre alt, unverheiratet, hatte

1880 ein zweifelhaftes Ulcus; Inunctionen bis zur Mundaffection.

1881. Blennorrhoea urethralis, ein Jahr andauernd.

1884. Rheuma in der linken Schulter. — Wiesbaden.

1885. Wiesbaden wegen fortbestehendem Rheumatismus.

1886. Nach langem Marsche beim Manöver schmerzhafte Schwellung des linken Knies; fünf Wochen bettlägerig. Ende Mai Trentschin-Teplitz; nach wenigen heissen Bädern Verschlimmerung, so dass er sechs Wochen lang zu Bette lag und sechs Wochen lang gefahren wurde. Neuer Urethralausfluss.

1886 October bis 1887 März. Wiesbaden; Bäder, Massage, Elektricität. Keine Besserung, ging deshalb nach Teplitz, Böhmen. Gleich Anfangs nach den Bädern neuer Ausfluss, Verschlimmerung des Rheumatismus. Moorbäder, Massage, Jodkali.

1887/88 im Winter täglich Massage.

1888, April. Salzbäder zu Hause; Mai-Juli Teplitz, Böhmen. Juli-August Carlsbad, Schlossbrunnen, Moorbäder, Sommerfrische. Keine Besserung. September zu Hause 30 Mercurinunctionen; hienach bedeutende Erleichterung, freiere Bewegung der Glieder. Im Winter Rückfall.

1889, März. Aachen bei mir.

Status praesens. Kräftiger Körperbau; blasses Aussehen; Schultergelenke schmerzhaft. Sternalansatz der rechten Clavicula aufgetrieben und schmerzhaft. Untere Cervical-, obere Dorsalwirbel schmerzhaft. Linkes Handgelenk geschwollen und fast steif. Rechtes Fussgelenk geschwollen. Rechter Calcaneus geschwollen, seine innere Fläche, ebenso innerer Fussrand sehr schmerzhaft; aber auch Druck von unten auf den Calcaneus schmerzhaft. Da dem Patienten zu Hause Mercureinreibungen gut bekommen waren, die Periostitis des Sternalendes der Clavicula und die Entzündung des Calcaneus einer rheumatischen Affection nicht entsprachen, so verordnete ich wieder Inunctionen. Da die verschiedenen Thermalbäder ungünstig gewirkt hatten, so musste ich annehmen, dass auch die Aachener Thermalbäder nicht förderlich wirken würden. Ich verordnete deshalb sehr bald nach jedem Bade eine kalte Strahldusche auf den ganzen Körper, insbesondere auf die erkrankten Theile. Ausserdem wandte ich auf die erkrankten Fusspartien wiederholt den Paquelin an. Der Erfolg der leider nur dreieinhalbwöchentlichen Cur war ein sehr befriedigender. Die Schultern waren frei, ebenso das Clavicularende, die Füsse waren

wesentlich besser, auf Druck kaum noch schmerzhaft, und wenn auch nicht geheilt, so schied Patient mit einem Dankesschreiben und vollen Muthes, weil er viel besser und weiter gehen konnte.

5. Fall. Herr L., vierundzwanzig Jahre alt, kräftigen Aussehens, kommt auf Krücken den 19. März 1889 zu mir.

1882 und 1883. Urethralblennorrhöe.

1883. Rechtsseitige Iritis und rheumatische Schmerzen in den Schultern.

1886. Ulcus, das auf Jodoform heilte.

1887, December. Zweite rechtsseitige Iritis.

1888 im Sommer wiederholte Iritis, December Albuminurie, Schmerzen im linken Fuss.

1889. Grosse Schmerzen im rechten Oberschenkel, ischiasartig.

Status praesens. Oberer und unterer Pupillarrand des rechten Auges zeigt Synechien.

Das rechte Femur erscheint oberhalb des Knies verdickt, ist schmerzhaft auf Druck, der Schmerz geht aber bis in die Inguinalgegend und stört den Schlaf. Das rechte Fussgelenk geschwollen. Alle Zehenballen des linken Fusses auf Druck äusserst schmerzhaft. Kniereflexe vorhanden. Viel Eiweiss im Harn bei Zusatz von NO_5 und beim Kochen. Insomnia wegen nächtlicher Schmerzen im rechten Oberschenkel.

Patient erhielt Inunctionen nach dem Thermalbade, Abends Antifebrin nebst Jodkali.

Nach sieben Inunctionen Mercurkolik; dreitägiges Aussetzen der Inunctionen.

Am 10. April sind die ischiadischen Schmerzen verschwunden, der Harn noch eiweisshaltig. Paquelin in die Nierengegend und die schmerzhaften Zehenballen.

Nach zweiundzwanzig Inunctionen ist der Urin eiweissfrei, wird aber nach längerem Stehen noch opalescirend. Die Pupille hat auf Atropin die Form einer liegenden 8 bekommen.

Am 24. April neunundzwanzig Inunctionen. Harn bleibt eiweissfrei.

Patient geht in freier, ungezwungener Weise, die Zehenballen, insbesondere die der grossen und kleinen Zehe, also wohl die hier verlaufenden Sehnen sind noch etwas schmerzhaft.

Am 28. April ist nach einer leichtsinnig durchschwärmten Weinnacht wieder Eiweiss im Harne. Milchdiät und Schwitzen in dem von mir im Schlossbade hierselbst zweckmässig eingerichteten Schwitzbette. Am 1. und auch am 2. Mai ist der Harn eiweissfrei. Patient reist, bis auf seine Synechie hergestellt, nach Hause zurück.

6. Fall. v. B. hatte im Jänner 1888 Blennorrhoea urethalis. Hierauf schmerzhafte Schwellung beider Kniegelenke, vorübergehende Iritis und Schmerzen in den Fersen. Erfolglose antirheumatische Curen, weshalb Patient nach Aachen kam.

Status praesens: Blasses Aussehen. Abmagerung; grosse Schmerzhaftigkeit des rechten, geschwollenen Knies und beider Calcanei. Nach vierzig Inunctionen und wiederholtem Paquelin kehrt Patient gesund nach Hause zurück.

Im Juni 1888 zweite Gonorrhöe; hierauf heftige Schmerzen in den Hüften; vergebliche Behandlung zu Hause. Am 10. August ist Patient wieder in Aachen.

Status praesens: Hinfälliges Aussehen, abendliches Fieber, grosse Schwellung des ganzen rechten Fusses, Schmerzen der geschwollenen Tuberositas tibiae dextrae; Os sacrum auf Druck äusserst empfindlich, auch das rechte Akromion. Furchtbare Lahmheit in den Beinen. Rechtsseitiger Kniereflex sehr stark; rechts Fussclonus. Fersen schmerzhaft. Verordnung: Alle zwei Tage Inunction und Jodkali; Milch und Eier. Hiernach trat wesentliche Besserung ein, bis zum 3. September wieder abendliches Fieber sich einstellte nebst Schwellung des Fersenbeines dicht am Ansatz der Achillessehne.

Gegen den 28. September, nach achtzehn Inunctionen, traten grosse Schmerzen im Fusse, Knie und in der Hüfte auf, namentlich aber war die Tuberositas tibiae dextrae sehr stark geschwollen und empfindlich. Patient bekam starke Dosen Jodkali und musste bald darauf wegen Ablauf seines Urlaubes, zwar ohne Fieber, aber wenig gebessert abreisen.

Wenn ich die angeführten Fälle kurz kennzeichne, so hatten wir bei allen Kranken Gelenksaffectionen nach Blennorrhoea urethralis; ausserdem im

1. Fall. Iritis, Periostitis calcanei.

2. Fall. Periostitis calcanei, später Iritis.

3. Fall. Periostitis calcanei, Iritis, Endocarditis.

4. Fall. Periostitis calcanei.

5. Fall. Iritis, ischiadische Schmerzen durch den Oberschenkel und in den Zehenballen, Albuminurie.

6. Fall. Iritis, Calcaneus, später Os sacrum, Tuberositas tibiae entzündet.

Der erste, zweite, dritte und fünfte Fall wurden durch Inunctionen geheilt, der sechste das erste Mal geheilt, das zweite Mal nicht. Der vierte Fall wurde zweimal gebessert.

Diese Fälle waren alle als Rheumatismus blennorrhoicus von Hause aus angesehen und behandelt, und zwar ohne Erfolg. Sie zeichnen sich durch ihre Complicationen aus, die auch beim Rheumatismus blennorrhoicus als Ausnahmen zu betrachten sind.

Als solche treten insbesondere die Entzündung des Calcaneus und die Iritis in den Vordergrund; ausserdem besteht in einem Falle Endocarditis, in dem anderen noch Albuminurie; in dem letzten Entzündung des Os sacrum, der Tuberositas tibiae.

Die Entzündung des Calcaneus kann entweder in Folge eines Traumas, oder Tuberculose oder Syphilis auftreten. Eine sogenannte rein rheumatische Entzündung desselben dürfte wohl sehr angezweifelt werden müssen.

Als syphilitische Erscheinung habe ich dieselbe neben anderen manifesten specifischen Erscheinungen nicht selten gefunden, und Jeder, der mit dieser syphilitischen Complication zu thun hatte, wird mir zugeben, dass sie häufig eine sehr hartnäckige und gerne recidivirende ist. Auch sind ja handgreiflich syphilitische Gelenksleiden zuweilen einer specifischen Behandlung gegenüber sehr rebellisch. Man findet in solchen Fällen gerne abnorme Stellen, wie Kiefergelenk, oder Sternum, Os sacrum, Calcaneus, oder Tuberositas tibiae miterkrankt; sie verstärken den Verdacht eines syphilitischen Gelenkleidens, das dann auch meist mittelst Mercur geheilt wird. Dieselbe Bedeutung muss aber auch diesen Affectionen bei Gelenksentzündungen zuerkannt werden, die zufällig nach einer Urethralblennorrhöe sich einstellten. Kommen nun noch andere Complicationen hinzu, wie insbesondere Iritis, oder ist ein verdächtiges Ulcus vorher dagewesen, so naht sich der Verdacht der Gewissheit.

Dass ein solches Ulcus auf örtliche Behandlung rasch heilte, schliesst spätere specifische Folgen nicht aus. Wie gerne vergessen die Patienten ein unscheinbares Infectionsulcus, wie leicht übersehen sie unbedeutende Indurationen oder secundäre Erscheinungen. Die Blennorrhoea urethralis prägt sich ihrer Erinnerung schon fester ein und die Möglichkeit der syphilitischen Infection mit der der Urethralblennorrhöe ist zudem ja wiederholt zu constatiren.

Die Iritis aber als Complication macht meiner Ansicht nach den specifischen Charakter des Rheumatismus blennorrhoicus unabweisbar. Gewiss! Die Syphilis ist nur eine der Ursachen einer entzündlichen Iritis, aber sie ist eine der häufigsten, besonders der einseitigen.

Kommt die Iritis im baldigen Gefolge des blennorrhoischen Rheumatismus vor, so nimmt man an, sie gehöre mit zu seinem Bilde. Wie würde man sie aber deuten, wenn sie erst zwei Jahre oder noch viel später, wie in dem von mir angeführten zweiten Falle nach dem Auftreten der Gelenksaffectionen aufträte! Oder gar, nachdem letztere durch Mercurbehandlung geheilt waren? Dann würde man sich doch wohl für die Diagnose „Syphilis" entscheiden. Und dennoch muss ihre Bedeutung dieselbe bleiben, ob sie nun früher oder später nach den Gelenkserkrankungen aufträte. Ich habe einen charakteristischen hierher gehörigen Fall zu verzeichnen, der sich mir zufällig jetzt wieder vorstellte.

7. Fall. Herr P., 31 Jahre alt, kam im April 1886 in meine Behandlung. Er hatte:

1882. Ulcus, das auf örtlichen Jodoformgebrauch heilte.

1884. Urethralblennorrhöe, die bis gegen Ende des Jahres dauerte.

1885. Im linken stark geschwollenen Fuss, in der linken grossen Zehe, im Rücken und den Achseln grosse Schmerzen; Massage wirkte nicht. Schmerzen in den Fusssohlen, seit Herbst Schmerzen in den Knien.

Im April 1886 Status praesens: Patient sieht elend aus, bewegt nur mühsam die Füsse, Schmerzen in beiden Fersen. Das linke Fussgelenk, Malleolus internus und externus, das linke Knie mit innerem Condylus schmerzhaft und geschwollen. Am linken Oberschenkel Ulcus in Folge eines Furunkels. Rechtsseitige Nacken-

drüse, beiderseitige Cubitaldrüsen vergrössert. Ausfallen der Haare; rechte Pupille stark erweitert und starr, angeblich seit dem dreizehnten Lebensjahre bemerkt.

Ich liess den Patienten neben dem Badegebrauche Inunctionen und Jodkali gebrauchen.

Bis zum 30. Juni, also innerhalb fast dreier Monate hatte er achtundzwanzig Inunctionen verbraucht. Die Schmerzen in den Fersen sind viel geringer; die Cubitaldrüsen sind stecknadelkopfgross, die Nackendrüse verschwunden.

Am 27. April 1889 sehe ich den Patienten wieder. Patient erzählt, dass er 1887 und 1888 besser war, im Herbst und Winter aber sich wieder schlechter fühlte, und zwar bekam er im October 1888 linksseitige Iritis.

Im December 1888 ein Recidiv derselben, worauf ihm Inunctionen verordnet wurden.

Status praesens: Die grossen Zehengelenke steif und knarrend. Fussgelenke, Fersen frei, einzelne Fusswurzelknochen schmerzhaft. Linke Pupille zeigt unten und oben Synechien. Keine Cubitaldrüsen mehr. Gutes Aussehen.

Dieser Erfolg bestätigt wohl zweifellos die drei Jahre vorher befolgte Auffassung. Wäre die Iritis damals aufgetreten, so wäre der specifische Charakter noch deutlicher gekennzeichnet gewesen.

Was die Endo- und Pericarditis als Complication betrifft, so dürfte sie auch eher gegen den rheumatischen, als den syphilitischen Charakter der mit ihnen einhergehenden blennorrhoischen Gelenksaffection sprechen. Hiefür spricht der dritte Fall. Ich behandle aber auch augenblicklich einen Kranken, der die Zeichen der Endo- und Pericarditis specifica hatte, bei stark vergrössertem Herzen. Der Spitzenstoss befand sich zwischen der fünften und sechsten Rippe. Patient hatte nach einer Hydrocele-Operation Rheumatismus der Hand- und Fingergelenke und damit einhergehend Endo-Pericarditis bekommen. Auf Digitalis und Jodkali wurde er zwar besser, dann aber behufs Inunctionscur mir zugeschickt. Er hatte sich 1886 inficirt. Hier verschwand unter den Inunctionen das Mitralgeräusch und der Spitzenstoss rückte an seine normale Stelle, die Arthralgia blieb ebenfalls weg, und zwar in Folge einer kaum vierwöchentlichen mercuriellen Behandlung.

Der sechste von mir angeführte Fall zeigt beim Rückfalle

Symptome, die auf eine Spinalreizung deuten und sich den von Frankreich aus angeführten Fällen von Spinalaffection im Gefolge von Blennorrhoea urethralis nähern. In diesen, sowie meinem fand sich auch Affection des Calcaneus, in meinem ausserdem Entzündung der Tuberositas tibiae.

Wie soll man sich letztere deuten, wenn nicht als durch Syphilis bedingt?

Gewiss, ich behandelte im vergangenen Jahre einen Fall, der einen jungen, kräftigen Menschen betraf, dem einen Monat nach einer Urethralblennorrhöe das linke Knie schmerzhaft anschwoll und seit vierzehn Tagen auch das Brustbein schmerzte, sowie linksseitige Rippen. Zwei Tage nach seiner Ankunft bekam er auch Schmerzen in der linken Ferse. Diese sowie das leicht geschwollene Brustbein veranlassten mich, ihn sechs Inunctionen machen zu lassen; er bekam dann unter Fieber Zahnfleischschwellung, Kopfschmerzen, Entzündung des Handgelenkes; ich setzte deshalb die Inunctionen aus und machte Antipyrin-Injectionen; es verloren sich allmälig auch ohne Fortsetzung der Inunctionen die meisten Krankheitserscheinungen, insbesondere wurden Knie- und Handgelenk und Brustbein gesund.

Die von mir in Verbindung mit Blennorrhoea urethralis angeführten Fälle zeichnen sich durch Multiplicität der befallenen Gelenke und angrenzenden Knochentheile aus, ganz abgesehen von Complicationen entfernterer innerer Organe. Dagegen sind die sogenannten reinen Fälle von Rheumatismus gonorrhoicus dadurch ausgezeichnet, dass meist nur ein Kniegelenk, selten beide, noch seltener die Fussgelenke mitbefallen werden. Es muss demnach die Vielfältigkeit der befallenen Gelenke in solchen Fällen den Verdacht erregen, dass ausser den gewöhnlichen Infectionsstoffen der Blennorrhoea urethralis noch ein besonderer, vielleicht der der Syphilis vorhanden ist. In hartnäckigen derartigen Fällen wird der positive Erfolg einer dann gerechtfertigten Mercurialbehandlung die Diagnose „Syphilis“ sichern.

Was die Complication der Iritis betrifft, so ist es auffällig, dass ein so gewiegter Beobachter, wie Zeissl sen. einer war, in seinem Lehrbuche der Syphilis, über den betreffenden Rheumatismus der Iritis mit keiner Silbe erwähnt. Auch in den von seinem Sohne, Zeissl jun., fortgesetzten Ausgaben ist die Iritis mit Still-

schweigen übergangen; offenbar als Zeichen, dass von ihnen diese nicht als zu dem betreffenden Rheumatismus gehörig aufgefasst wird.

Ich komme demnach zum Schlusse:

Nach Urethralblennorrhöe können einzelne oder mehrere Gelenke inficirt werden in Folge der ihr eigenen Infectionsstoffe.

Ausserdem aber kann der syphilitische Infectionsstoff mit einwirken; er veranlasst dann Complicationen auch ausserhalb der Gelenke.

Tritt Entzündung des Calcaneus hinzu, so wird der Charakter der Gelenkserkrankung als durch Syphilis mitbedingt, sehr verdächtig. Miterkrankung der Tuberositas tibiae oder des Sternums, des Os sacrum bestärken diesen Verdacht und rechtfertigen eine mercurielle Behandlung.

Gesellt sich Iritis der betreffenden Gelenkserkrankung hinzu, so ist ihr syphilitischer Charakter gesichert.

Die Complication von Endo- und Pericarditis spricht eher für Syphilis.

Eine mercurielle Behandlung erzielt, unter gleichzeitiger Berücksichtigung der constitutionellen Verhältnisse, in diesen Fällen Besserung oder Heilung.

Ueber die Behandlung der chronischen Gonorrhöe.[1]

Von

Dr. med. Max Bender,

Specialarzt für Hautkrankheiten in Düsseldorf.

Meine Herren! Une chaude-pisse commence, quand elle finira qui peut le dire!

Nicht besser als mit diesem Ricord'schen Grundsatze glaubte Oberländer[2]) die Ohnmacht unseres therapeutischen Handelns bei der chronischen Gonorrhöe bezeichnen zu können. Und wer wollte es leugnen, dass auch heute noch dieses Uebel bisweilen als echte Crux medicorum sich erweist? Nur dagegen möchten wir von vorneherein Einspruch erheben, dass die Krankheit bei rationeller Behandlung — und dass eine solche bei gutem Willen des Arztes und Patienten durchführbar, ist wohl über allen Zweifel erhaben — überhaupt nicht heilbar ist. Allerdings, die für verschiedene Krankheitsprocesse schon von anderer Seite mehrfach beanspruchten drei Dinge können auch wir hier nicht entbehren, nämlich: Erstens Geduld, zweitens Geduld und drittens nochmals Geduld.

Dass es nicht an der Empfehlung von specifisch wirken sollenden Mitteln gefehlt hat und fehlt, beweist die einschlägige Literatur zur Genüge: Mit den Adstringentien beginnend und den

---

[1]) Nach einem im Vereine der Aerzte Düsseldorfs gehaltenen Vortrage am 11. März 1889.

[2]) „Zur Pathologie und Therapie des chronischen Trippers", dieses Archiv XIX, pag. 637.

energischesten Antisepticis aufhörend, wurden alle in Betracht kommenden Medicamente aus dem Armentarium unseres Arzneischatzes hervorgeholt, um nach mehr weniger langem Gebrauche wieder der Vergessenheit anheimzufallen. Einzelne erlebten dies Schicksal allerdings erst, nachdem sie vorher nochmals sich einer Wiedergeburt — bisweilen erfolgte diese nicht einmal in neuer Form — zu erfreuen gehabt hatten. Woran dies gelegen? Vielleicht wird auch hierdurch bekundet, dass das Reagensrohr mit der fein säuberlich hergestellten Reincultur doch nicht so ohne Weiteres mit der die Mikroorganismen beherbergenden entzündeten Schleimhaut identificirt werden kann. Soviel steht doch jedenfalls fest, dass die ursprünglich bei Entdeckung der specifisch wirkenden Mikroben gehegten Erwartungen und Hoffnungen auf den nun sich wohl rapide vollziehenden Umschwung in der Therapie der Infectionskrankheiten in dem erwarteten Masse bei Weitem nicht verwirklicht wurden. Ob daran die allzugeschäftige Phantasie, die ja beim Anbrechen einer neuen Aera nunmehr die Erfüllung alles Dessen, was die Vergangenheit nur versprochen hat, schon eingetreten sieht, allein Schuld ist, mag hier unerörtert bleiben. Ob, für unseren speciellen Fall, die in der jüngsten Zeit mehr denn je von verschiedenen Seiten geäusserten Bedenken gegen die Specifität des Gonococcus Neisser dabei bis zu einem gewissen Grade wenigstens von Einfluss waren, ist eher möglich. Deshalb ist es wohl auch gestattet, ja vielleicht wünschenswerth, in Kürze dieser Frage etwas näher zu treten. Meiner Ansicht nach ist, um es gleich zu bemerken, die Sache noch nicht endgiltig erledigt. Besonders soll aber hier betont werden, dass, wenn wir auch Zweifel an der ätiologischen und diagnostischen Bedeutung des Gonococcus bis zu einem gewissen Grade für berechtigt halten, wir doch hinsichtlich der Neumann'schen Anschauung Caspary voll und ganz beipflichten, wenn er sagt:[1]) „Auch die alten Zauberformeln Ricord's werden wieder lebendig, der nicht erhört sich abmühende Liebhaber, wie der verrätherische Freund des ungefährdeten Ehemannes fallen der Gonorrhöe zum Opfer. Wenn ein so erfahrener und sorgsam beobachtender Arzt, wie I. Neumann, derartige

[1]) cf. dieses Archiv 1889, I. Heft, pag. 162. „Lehrbuch der venerischen Krankheiten und der Syphilis" von Prof. I. Neumann. Besprochen von Prof. Caspary in Königsberg.

Beobachtungen, die man schon unter die „ollen Kamellen" warf, als glaubwürdig vorführt, dann heisst es, von Neuem aufpassen und nachprüfen."

Und dieses Nachprüfen dürfte sich auch für Oberländer's jüngst wieder ausgesprochene Ansicht[1]) empfehlen, der man zwar in den zum Schlusse gezogenen Consequenzen ziemlich beipflichten kann, ohne alle zur Unterstützung der aufgestellten Behauptung herangezogenen Momente billigen zu müssen. So sagt beispielsweise Oberländer:[2]) „Dass vieles oder alles, was z. B. für ein sogenanntes Ulcus molle gilt, bei den Prostituirten und bei inficirten Männern(?) zumeist weiter nichts ist, als ein verschwärender gonorrhoischer Follikel. Ich will damit sagen, dass die Anfangsstadien der Gonorrhöe in allen ihren Phasen keineswegs etwa alle bekannt und überhaupt sehr variabel sind. Es wird dies vielen der Leser wie Hypothesen klingen, indessen wird die Zukunft lehren, inwieweit ich mich täuschte. Noch hat sich Niemand mit den Mikroorganismen des Ulcus molle beschäftigt." Dem gegenüber muss doch ganz entschieden betont werden, dass unter Anderem gelegentlich der Untersuchungen über die Dualität des Schankergiftes von den verschiedensten Seiten Mittheilungen über die Mikroorganismen des Ulcus molle erfolgten.[3]) Dabei kann allerdings auch heute noch nicht mehr über die Natur und das Wesen desselben gesagt werden, als was schon im Jahre 1887 Lang über den Gegenstand äusserte:[4]) Die Annahme eines eigenen Contagiums für das venerische Geschwür gestehe er zwar zu, aber die Möglichkeit, dass ausser dem eigentlichen Geschwürscontagium gelegentlich sehr wohl andere Entzündungserreger, mitunter auch solche, die accidentell in Syphilisproducten sich vorfänden, ähnliche Ulcerationsvorgänge hervorzurufen im Stande seien, könne nicht direct von der Hand gewiesen werden.

---

[1]) „Ueber die praktische Bedeutung des Gonococcus." Berliner Klinik, 5. Heft, 1888.

[2]) l. c. pag. 23.

[3]) cf. Bender. „Das Ulcus molle. Zusammenfassender Bericht über unsere Kenntnisse der Aetiologie desselben." Centralbl. f. Bacteriologie und Parasitenkunde, 1888, I. Bd., Nr. 1, 2 und 3.

[4]) „Das venerische Geschwür." Wiesbaden 1887, pag. 3.

Auch betreffs Auffindung von Gonococcen in anderen, nicht gonorrhoischen Secreten und Geweben kann ich Oberländer nicht vollständig beipflichten. Nach ihm hat auch Fordyce[1]) bei Untersuchungen syphilitischer Papeln auf Syphilisbacillen Gonococcen häufig in diesen Geweben constatirt. Die Verhältnisse liegen jedoch so: bei Fall XVI (Condylom. lat. der Vulva) waren zwar die Diplococcen in Gestalt und Grösse den Gonococcen ähnlich, aber nicht in Eiterkörperchen eingeschlossen und bei Fall XVIII (Condylom. lat. zwischen Schenkel und Vulva) sagt Fordyce selbst wörtlich: „Ferner finden sich Diplococcen in Gruppen von zehn bis dreissig in Eiterzellen eingeschlossen, morphologisch den Gonococcen ähnlich; dieselben sind zahlreich und bieten das Bild gonorrhoischen .... Eiters."

Angesichts der im angeführten Sinne verwertheten Befunde darf wohl bemerkt werden, dass Fordyce's Schilderung selbst keineswegs unwiderleglich ersehen lässt, ob die gefundenen Mikroben echte Gonococcen waren, wissen wir doch hauptsächlich durch Bumm's Untersuchungen,[2]) dass weder die Semmelform des Neisser'schen Coccus, noch seine Grössenverhältnisse charakteristisch für denselben sind, sondern vielmehr einer Reihe von Coccenarten zukommen, von denen Bumm sechs verschiedene, zum Theil pathologische, zum Theil unschuldige beschrieb. Da ferner, so schliesst gewiss mit Recht Fabry,[3]) durch die Färbemethoden Unterschiede sich nicht auffinden lassen, so würden bei Secretuntersuchungen nur zu leicht Fehler sich einschleichen können, wenn nicht die Thatsache feststände, dass nur dem wahren Gonococcus die Eigenschaft zukommt, die bekannten in Zellen eingeschlossenen Häufchen zu bilden. Dass an diesem Postulat unbedingt festgehalten werden muss, ist im Interesse der exacten Forschung selbstredend. Haben doch auch Lustgarten und Mannaberg trotz ihrer höchst wichtigen Befunde nur das als Resultat und einzig mögliche Schlussfolgerung aus ihren Beobachtungen ange-

---

[1]) „Ueber Bacillen bei Syphilis." Inaug.-Dissertation. Berlin 1888.

[2]) „Der Mikroorganismus der gonorrhoischen Schleimhauterkrankung. Gonococcus Neisser." Wiesbaden 1887, II. Auflage.

[3]) „Ueber die gonorrhoische Schleimhautaffection beim Weibe." Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 43, Sep.-Abdr. pag. 5.

geben:[1]) „Der morphologische Nachweis von Gonococcen im Urethralsecret, speciell bei chronischer Blennorrhöe ist nicht pathognomisch. Wobei wir aber, zur Vermeidung jedes Missverständnisses, nochmals bemerken müssen, dass wir der ätiologischen Bedeutung der echten Gonococcen nicht nahe treten wollen."

Wenn nun auch zugegeben werden soll, dass es im höchsten Grade auffallend ist, warum der Nachweis der, einmal als Krankheitserreger angenommenen Gonococcen bei chronischen Entzündungen so ausserordentlich schwierig ist, so lässt sich jedenfalls der von J. H. Schuurmans Stekhoven[2]) vertretene Standpunkt, wonach „die Infection der Gonorrhöe durch einen specifischen Organismus nicht nur nicht bewiesen, sondern sogar nicht einmal wahrscheinlich ist", nicht billigen.

Dass Neisser's Gonococcus mit der Gonorrhöe in irgend einem Zusammenhange steht, dafür kann vielleicht — ich entnehme dies einer von meinem früheren Chef, Herrn Geh. Rath Doutrelepont, mir gegenüber des Oefteren geäusserten Ansicht — die Schwierigkeit der Reinzüchtung des Mikroorganismus als Beweis gelten. Denn irgend welche zufällige Verunreinigung würde bei Impfungen auf Nährböden jedenfalls rascher und leichter wachsen.

Selbstredend müssen wir aber, um ein Bacterium als ätiologisch bedeutsam für eine Infectionskrankheit verwerthen zu können, dessen Reincultur verlangen, und auch mit Rücksicht auf dieses Erforderniss sind die anderen gefundenen, nur morphologisch und tinctoriell mit dem Gonococcus übereinstimmenden Mikroben nicht im Stande, die Bedeutung des letzteren ganz zu erschüttern. Allerdings wird man, und darin muss Oberländer zugestimmt werden, die gonorrhoische Natur eines Leidens nicht ausschliessen dürfen, wenn trotz längere Zeit fortgesetzter Untersuchungen keine Gonococcen im Secrete nachgewiesen werden konnten.

Wenn ich also auch, wie bereits oben bemerkt, die Frage über die ätiologische Bedeutung des Gonococcus für noch nicht

---

[1]) „Ueber die Mikroorganismen der normalen männlichen Urethra und des normalen Harnes, mit Bemerkungen über Mikroorganismen im Harne bei Morbus Brightii acutus." Dieses Archiv 1887, pag. 931.

[2]) cf. Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 35.

abgeschlossen halten möchte, vielmehr als das Facit aller bisherigen Untersuchungen ein „non liquet“ bezeichne, so ist doch jedenfalls an der Auffassung der Gonorrhöe als Infectionskrankheit, die nur durch Uebertragung des specifischen Virus, welcher Art dasselbe auch immer sein möge, entstehen kann, unbedingt festzuhalten. Dass mit dieser Ansicht die Wichtigkeit der völligen Beseitigung des pathologischen Vorganges bei dem befallenen Individuum keineswegs herabgesetzt wird, liegt auf der Hand. Handelt es sich auch ursprünglich nur um einen rein localen Process, so ist doch hinreichend bekannt, dass im Laufe der Zeit, wenn freilich auch erst nach einer ziemlichen Reihe von Jahren, die Strictur mit Cystitis, Nephritis, Pyelitis und Hydronephrose sich gar nicht so sehr selten auf alter gonorrhoischer Basis entwickeln.

Aber ganz abgesehen davon, dass es im Interesse des eigenen befallenen Individuums liegt, völlig von der Krankheit geheilt zu werden, müssen wir schon der Mitmenschen wegen die restitutio ad integrum als unweigerliches Postulat hinstellen. Haben sich auch die vor Jahren ausgesprochenen Bedenken Noeggerath's glücklicher Weise nicht in dem Grade als den thatsächlichen Verhältnissen entsprechend erwiesen, so ist doch zweifelsohne — die Bestätigung hiefür liegt vor — eine ganz grosse Anzahl der bald nach Eingang der Ehe acquirirten Cervix- und Gebärmutterkatarrhe auf die sogenannte „latente“ Gonorrhöe des Mannes zurückzuführen. Ohne des Näheren auf den sich daraus entwickelnden circulus vitiosus einzugehen, darf wohl das Angeführte für ausreichend erachtet werden, die Nothwendigkeit der völligen Beseitigung der Gonorrhöe darzuthun. Es bleibt unter diesen Umständen doppelt zu bedauern, dass wir zur Feststellung dieser Thatsache des Nachweises, respective Fehlens der Gonococcen als diagnostischen Hilfsmittels leider entrathen müssen.

Beginnen wir nunmehr mit der Besprechung der Therapie, so ist es eigentlich bei der Natur der Sachlage selbstredend, dass von erfolgreichen Injectionen keine Rede sein kann. Es muss dies jedoch deshalb besonders hervorgehoben werden, weil nicht gar selten Patienten mit jahrelang bestehender Gonorrhöe uns consultiren, fast verzweifelt darüber, dass der „Morgentropfen“ immer noch nicht schwinde, obwohl strengste Diät hinsichtlich des Alkohol-

genusses geübt und Injectionsmittel aller Art richtig, lege artis, angewandt seien.

Nun sind ja auch schon ziemlich lange die Salbenbougies bei der Behandlung der chronischen Gonorrhöe in Anwendung gekommen; dass man mit denselben nicht immer Erfolg hatte, kann füglich nicht Wunder nehmen; mit Recht sagt Oberländer:[1]) „Mit denen (sc. Salbenbougies) man im günstigsten Falle wirklich etwas von dem Aetzmittel in die Harnröhre hereinbrachte und es weidlich darin herumschmiert." Viel auffallender ist, dass man zuweilen gute Resultate erreichte, was nach Oberländer „ein um so deutlicherer Beweis für die Richtigkeit des Weges war, den man eingeschlagen hatte, nur hatte man ihn nicht bis zum richtigen Ende verfolgt".

Abgesehen von dem schon am Orif. ur. ext. erfolgenden Abstreichen der Salbe geschieht solches noch vielmehr an den nicht verengten Schleimhautstellen, wenn anders das Instrument an die entzündeten, verengten Partien gelangt. Diesen Missständen ist nun sehr erfolgreich Casper begegnet durch die Construction seiner mit Canälen versehenen Neusilbersonden.[2]) 25 Ctm. lang, leicht konisch, haben dieselben 6 Rinnen von etwa $1^1/_2$ Mm. Tiefe, die, nach vorn flacher werdend, in einer Entfernung von 5 Ctm. von der Spitze ganz aufhören. Dass auch Unna's Sonden den hier beschriebenen nachstehen, ist zur Zeit schon von Casper selbst betont worden: alle mit den ersteren behandelten Patienten zeigten bald mehr weniger stärkeren Ausfluss, was nicht Wunder nehmen könne, da nach Einführung durch die verengten Stellen der mit einem 1 Mm. dicken Salbenüberzug versehenen Sonde die harte aus Cacaobutter und Wachs bestehende Masse unbedingt reizen müsse. Gelingt aber die Durchführung nicht und muss man warten bis die Salbe schmilzt, dann wird die Salbe an den weiteren, sicher aber an den verengerten Harnröhrenstellen abgestreift, so dass jedenfalls die retrostricturalen Theile ganz leer ausgehen.

Ehe wir zur Besprechung der Anwendungsweise der Sonden, respective des Gebrauches der von uns beliebten Salbe übergehen,

---

[1]) „Therapie des chronischen Trippers." Dieses Archiv 1887, pag. 642.

[2]) cf. „Die Behandlung der chronischen Gonorrhöe mit cannelirten Sonden", von Dr. Leopold Casper. Berliner klin. Wochenschr. 1885, Nr. 49, pag. 806.

möchte ich noch hervorheben, dass wir jeweilig vor Allem den Sitz der Gonorrhöe feststellen. Ohne mich hier auf eine genauere anatomische Schilderung der einschlägigen Verhältnisse einzulassen, sei nur so viel bemerkt, dass wir, wenn der Entzündungsprocess am Bulbus abschliesst, von einer Gonorrhoea anterior, bei der Localisation hinter dem Bulbus von Gonorrhoea posterior sprechen. Dass beide zugleich vorhanden sein können, ist selbstredend. Aus der Anatomie erhellt wohl zur Genüge, dass mit Tripperspritzen injicirte Flüssigkeit nie über den Bulbus hinausdringt. Der Fall, dass man mit Gewalt den Widerstand des Musculus compressor zu überwinden versucht, braucht wohl nicht in Betracht gezogen zu werden, „da die daraus resultirenden Folgen übler werden könnten, als die Gonorrhöe selbst“. (Casper.) Zur Feststellung, wo der Tripper localisirt ist, möchte ich weniger, wie Casper dies vorschlägt, das Vorhandensein, respective Fehlen der Wäscheflecken benutzen, als vielmehr die Untersuchung mit der Knopfsonde und das Uriniren in zwei Gläser empfehlen.

Hinsichtlich des ersteren Modus sei noch so viel bemerkt, dass man die Stelle als Sitz der Erkrankung anzusehen hat, die bei Berührung mit der Sonde heftigen Schmerz verursacht, da an den gesunden Partien der Urethra nur ein leichtes Brennen und Unbehagen empfunden wird.

Das zweite Untersuchungsverfahren schildere ich mit Casper's eigenen Worten: „Man lasse den Kranken, nachdem er fünf bis sechs Stunden kein Wasser gelassen hat, in zwei Gläser uriniren. Man kann dann im Allgemeinen sagen, dass, wenn das erste Glas Flocken zeigt, während das zweite klaren Urin enthält, eine Gonorrhoea anterior vorliegt, dass dagegen, wenn beide Gläser trübe sind, eine Gonorrhoea posterior besteht.“ Dass bei allzu geringer Gonorrhöe hierdurch allein die Entscheidung nicht thunlich, ist selbstredend; denn sehr geringe Mengen von Secret in der Pars cavernosa fliessen nicht zum Orificium, und sind dieselben in der hinteren Urethra befindlich, so wandern sie nicht in die Blase, so dass in diesen beiden Fällen der erste Urin Flocken zeigen, die zweite Portion des Urins klar sein wird.

Man müsste dann zu anderen Hilfsmitteln greifen, aber meistens gelingt die Unterscheidung auf die geschilderte Weise. Vor Allem möchte ich hier bemerken, dass endoskopische Unter-

suchungen zu diagnostischen Zwecken für gewöhnlich nicht nöthig sein dürften.

Auf die Differentialdiagnose der Gonorrhoea posterior und Cystitis glaube ich hier um so weniger eingehen zu müssen, als nach meinen Erfahrungen diese beiden Erkrankungen meistens combinirt zu sein pflegen.

Dass man mit den bekannten Ultzmann'schen und Dittel'schen Instrumenten wohl keine Erfolge mehr erzielen kann, wenn es sich bereits um die Vorstadien der Stricturen — solchen weiten Kalibers nach Otis — handelt, ist klar, denn jetzt ist nicht mehr die Mucosa allein, sondern das submucöse Gewebe, Schwellkörper und Muskeln mit ergriffen. Dass dabei die Adnexe, Drüsen, Taschen, Lacunae Morgagni, Littré'schen Drüsen — nach Dittel ist die Goutte militaire weiter nichts, als Product des Katarrhes derselben — auch in das Bereich der Erkrankung mit hereingezogen werden, kann uns füglich nicht wundern.

Und so muss naturgemäss die Zellinfiltration — durch localen Druck — und der Katarrh — durch Medicamente — gleichzeitig behandelt werden.

Casper sah sich auf Grund seiner Erfahrungen veranlasst, von der ursprünglich gebrauchten dreiprocentigen Resorcinsalbe bald abzustehen und die Unna'sche einprocentige Höllensteinsalbe mit geringer Modification — statt Perubalsam nahm er Copaivbalsam und das Wachs liess er ganz weg — anzuwenden.

Die damals empfohlene Salbe gebrauchten wir auch zunächst — es datiren diese Erfahrungen aus meiner Assistentenzeit an der Bonner Klinik, die ich mit besonderer Erlaubniss meines früheren Chefs, des Herrn Geheimen Rath Doutrelepont, bei dieser Mittheilung verwerthen darf — und konnten die glänzenden Resultate Casper's schon zu jener Zeit vollauf bestätigen. Davon gleich mehr im Zusammenhange. Casper selbst hatte bei seiner ersten Publication im Ganzen dreissig der hartnäckigsten Gonorrhöen, die allen anderen Mitteln trotzten, geheilt, von denen vierzehn schon über anderthalb, sechs über ein Jahr, die anderen kürzere Zeit bestanden hatten.

Dabei war nur die Umständlichkeit der Sondenbestreichung zu bedauern: zwei Theelöffel der Salbenmasse wurden in einem geschnäbelten Abdampfschälchen über der Flamme langsam er-

wärmt. Besondere Vorsicht war hierbei nothwendig, da sonst zu leicht eine Reduction der Höllensteinsalbe erfolgte. Nach dem Schmelzen goss man die verflüssigte Masse über die wagerecht gehaltene Sonde, mit dem Schnabel des Schälchens die Rinnen entlang fahrend. Nach Füllung der Rinnen musste die Sonde wagerecht auf zwei Unterstützungspunkte gelegt werden, bis die Salbe erstarrt war. Um noch etwa vorhandene Unebenheiten zu beseitigen, wurde schliesslich die Sonde durch die betreffende Nummer eines metallenen Charrière-Massstabes gezogen. Nach Bestreichung des vorderen glatten Theiles mit Glycerin konnte dann endlich das Instrument eingeführt werden.

Bei diesem complicirten Verfahren, das wir nur deshalb gerne in Kauf nahmen, weil von Anfang an uns günstige Erfolge zu weiteren Erfahrungen mit dieser Methode ermunterten, war es doppelt freudig zu begrüssen, als nicht lange darauf von Casper selbst eine Modification angegeben wurde, die, viel einfacher als die ursprüngliche Vorschrift, dieser an Wirksamkeit nicht nachstehen sollte und, wie wir gleich bemerken wollen, in der That auch durchaus nichts nachgibt.[1])

Von dem Bestreben geleitet, für die Therapie der chronischen Gonorrhöe einen Stoff zu gewinnen, der lang dauernden innigen Contact mit der Schleimhaut der Urethra und vielleicht auch ein tieferes Eindringen in dieselbe ermögliche, glaubte Casper in dem Lanolin, weil es rascher und ausgiebiger als andere Fette resorbirt werde und wegen seiner Capacität, Wasser in erheblicher Menge aufzunehmen, den gewünschten Körper gefunden zu haben. Auf Grund von Experimenten, die hier natürlich nicht genauer geschildert werden können und eigener praktischer Erfahrungen empfahl nun Casper eine Salbe nach der Zusammensetzung:

Rp. Argent. nitr. 0·5
Solv. in minim. quantitat. Aqu. dest.
M. c. Lanolin puriss. anhydr. 35·0
et Ol. oliv. puriss. 15·0
M. f. ungt.

[1]) „Experimentelle Studien zur Pathologie und Therapie der Gonorrhöe. Berliner klin. Wochenschr. 1887, Nr. 5, pag. 74 ff.

die einfach vermittelst eines Spatels in die Rinnen der cannelirten Sonden eingeschmiert wird.

Dann wird die Sonde bei Gonorrhoea anterior nur einige Centimenter über den Bulbus hinweggeführt, bei Localisation hinter dem Bulbus bis in die Blase, ohne dass hierdurch irgend welche unangenehme Reizerscheinungen veranlasst würden, gebracht. Dass die Teltz'sche Modification,[1]) nach der die Rinnen fast bis zur Spitze geführt werden, nur nachtheilig wirken kann, hat Casper bereits selbst mit Recht betont. Auch hinsichtlich der Dauer des Liegenlassens der Sonde stimme ich mit Casper darin überein, dass es um so besser ist, je länger es geschehen kann. Dass die ursprünglich von Casper angegebene tägliche Bougirung entschieden zu widerrathen ist, hat er zwar auch selbst bereits zugegeben; ich möchte solches aber deshalb hier noch einmal besonders betonen, weil meines Erachtens es auch nicht vortheilhaft ist, jeden zweiten Tag, wie Casper empfiehlt, die Sonde einzuführen. Höchstens die zwei, drei ersten Male dürfte dieser Zeitraum zu wählen sein; darnach kommt man mit durchschnittlich zwei Sondeneinführungen pro Woche vollkommen aus. Sollte die Strictur so hochgradig gewesen sein, dass eine Recidive bei diesen verhältnissmässig seltenen Sondirungen befürchtet wird — bekanntlich werden unsere cannelirten Sonden erst in Anwendung gezogen, nachdem eine Strictur bis auf mindestens achtzehn Charrière gedehnt ist, so kann ja in der Zwischenzeit mit gewöhnlichen Bougies oder Sonden vorgegangen werden.

In seiner zweiten Publication betont Casper noch besonders, dass er zwar eine stattliche Reihe von meist ganz veralteten, äusserst schwierigen Fällen geheilt habe, dass bei einzelnen jedoch auch seine Methode im Stich liess.

Kann ich nun auch der vom Autor aufgestellten Behauptung, dass er durchschnittlich durch zehn Sondirungen eine Heilung der chronischen Gonorrhöe erzielt habe, keine ebenbürtigen Resultate, wenigstens als Durchschnittsmass, gegenüberstellen, so stimme ich doch darin ganz mit ihm überein, dass oft, ja ich möchte sagen, fast immer schon nach wenigen Bougirungen eine auffallende Besserung sich constatiren lässt.

---

[1]) cf. Berliner klin. Wochenschr. 1886, Nr. 24.

Uebrigens sagt Casper selbst, dass manchmal auch zwanzig Einführungen nöthig waren.

Auch ich konnte ganz genau mikroskopisch die allmälig sich einstellende Besserung — die Eiterkörperchen verschwinden immer mehr gegenüber den Epithelien — constatiren, während die Patienten bereits früher eine entschiedene Abnahme ihrer subjectiven Beschwerden wahrnehmen. Hinsichtlich der Auswahl der für unsere Behandlungsmethode geeigneten Fälle sind wohl die diffusen Gonorrhöen, die mit periurethralen Infiltraten complicirten, sowie vor Allem diejenigen, welche Anfänge oder bereits ganz entwickelte Stricturen aufweisen, besonders dankbar, während ich für die circumscripten Formen, entgegen Casper, das Porte-remêde mit Bacill. urethrales aus Wismuth, Tannin, Jodol, Argent. nitr. vorziehe. Auf die Anwendungsweise, erfolgreiche Behandlung mit diesem einzugehen, ist leider heute nicht möglich.

Ich möchte zum Schlusse als kleinen Beleg für die weiter oben aufgestellten Behauptungen hinsichtlich der erzielten Erfolge mit Casper's Sonden nur noch Folgendes bemerken: Während meines Bonner Aufenthaltes habe ich fünfundzwanzig Patienten auf diese Weise behandelt. Darunter habe ich nur ein einziges Mal Misserfolg, d. h. eine Verschlimmerung, beobachtet. Die Anzahl der nöthigen Sonden schwankte sehr; während beispielsweise bei dem einen Patienten, wo es sich um einen erst seit etwa drei Monaten bestehenden Tripper handelte, bereits nach sechs Sonden ganz normale Verhältnisse vorhanden waren, erstreckte sich bei einem anderen die Behandlungsdauer auf fast dreiviertel Jahre. Ich hatte aber doch wenigstens die Genugthuung, vor meiner Abreise zu hören, dass trotz der vor drei Monaten eingegangenen Ehe Alles in vorzüglicher Weise sich gehalten hatte, wovon ich mich auch selbst durch eine erneute mikroskopische Untersuchung des Urins und Sondenuntersuchung der Urethra überzeugt habe. Der Patient hatte über zwei Jahre an seiner Gonorrhöe laborirt.

Aehnlich lagen die Verhältnisse bei einem Kranken, dessen Infection jedoch bereits in den August 1885 zurückdatirte: nach vier Sonden schon entschieden gebessert, damals aus der Bonner Klinik entlassen, habe ich die Weiterbehandlung hierselbst fortgeführt. Nach nur noch elf Sonden waren absolut keine pathologischen Veränderungen mehr vorhanden.

In meiner neuen Thätigkeit in Düsseldorf habe ich bis jetzt vierundzwanzig chronische Gonorrhöen mit Casper's Sonden behandelt. Es sind dies lauter sehr hartnäckige Fälle gewesen, von denen zehn mit mehr weniger hochgradigen Stricturen complicirt waren. Die Dauer des Leidens betrug nur zweimal ein Jahr, während die übrigen Kranken zwei, drei und einer bereits seit vier Jahren das Uebel mit sich herumtrugen. Als völlig geheilt kann ich bis jetzt dreizehn Patienten aufführen, und zwar bedurfte es hierzu je nach der Dauer des Leidens einer ausserordentlich verschieden grossen Anzahl von Sonden; nur je einmal genügten fünf, respective sechs und sieben Sonden, bei den anderen Kranken bedurfte es deren zwischen zehn und zwanzig, welch letztere Zahl allerdings erst einmal erreicht wurde. Alle übrigen Patienten sind schon heute beträchtlich gebessert.

Bei einem Herrn, nach dessen eigener Ansicht die folgenden Tripper immer schon kamen, ehe der vorhergehende ganz beseitigt war, constatirte ich gelegentlich der ersten Consultation eine für Nr. 9 Charrière permeable Strictur und im Urin eine Unzahl aus Eiterkörperchen und Epithelien bestehender Tripperfäden. Da nach fünf Sonden keinerlei Besserung constatirbar und auf Grund der oben bereits angeführten Thatsache, dass sehr bald in den geeigneten Fällen der Umschwung zum Besseren erfolgt, entschloss ich mich zur Einführung von fünfzigprocentigen Bacill. urethral. c. Magist. Bismuth vermittelst Porte-remêde. Der Patient ist nach Gebrauch von fünfundzwanzig Stäbchen mit völlig klarem Urin und einer Harnröhre, die Thompson-Sonde 11/14 ohne jeden Widerstand passiren lässt, gewiss mit gutem Rechte als geheilt bezeichnet worden.

Dass man eine nach den Sondirungen auftretende Epididymitis nicht ohne Weiteres auf diese zurückführen darf, ist klar; die Gefahr des post hoc ergo propter hoc liegt hier zwar sehr nahe, aber um so mehr muss dieselbe gemieden werden. Ich will übrigens unentschieden lassen, wie es in dem concreten Falle, der mir vorschwebt, sich verhielt — Infection vor anderthalb Jahren, keine Strictur, Gonorrhoea posterior —: nach der zehnten Sonde bekam plötzlich der Patient eine ganz gehörige Epididymitis dextra, die jedoch unter bekannter Behandlung sehr bald schwand. Jedenfalls fordern solche Erfahrungen dazu auf, die schon von

allgemein antiseptischen Grundsätzen gebotene Desinfection der Sonden möglichst gewissenhaft vorzunehmen.

Ich bringe nach jedem Gebrauche das Instrument direct in kochendes Wasser während fünf Minuten,[1]) entferne dann die noch restirenden Salbenpartikelchen mit Leinwand, um nach zehn Minuten langem Verweilen in fünfprocentiger Carbolsäure die Sonden abermals in kochendes Wasser zu legen. Aus dem kochenden Wasser herausgenommen, werden dieselben mit desinficirter Watte abgetrocknet und bis zum nächsten Gebrauche in solcher aufbewahrt.

Da wir schon lange wissen, dass Carbolöl nicht aseptisch ist, bestreiche ich vor dem Einführen die Spitze des Instrumentes mit dem von Casper angegebenen,[2]) innig verriebenen Gemische aus:

Lanolin purissim. anhydr.
Vaselin americ. āā.

Der Zusatz von Vaselin ist wegen der dem, allerdings völlig aseptischen, Lanolin innewohnenden Zähigkeit absolut nothwendig.

Mit Recht glaube ich auf Grund der mitgetheilten Thatsachen die Behandlung mit Casper's Sonden als einen entschiedenen Fortschritt in der rationellen Therapie der chronischen Gonorrhöe bezeichnen zu dürfen.

---

[1]) cf. „Wie soll der Arzt seine Instrumente desinficiren?“ Von Dr. Hugo Davidsohn. Berliner klin. Wochenschr. 1888, Nr. 35, pag. 697.

[2]) „Ueber die symptomatische Bedeutung und Therapie des Residualharns.“ Berliner Klinik, Heft 7.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

I.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Anatomie, Physiologie, path. Anatomie, allg. und exper. Pathologie und Therapie.

1. **Pacinotti.** Ricerche sperimentali intorno alla azione della spugna asettica, per la cura delle piaghe atoniche. — Riv. veneta di sc. med. Luglio 1888. Ref. in Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle, 1888, 4.
2. **Nitschmann.** Beitrag zur Sozojodoltherapie. — Therap. Monatsh. Nr. 1, 1889.

Pacinotti (1) führte wiederholt die Transplantation von Schwämmchen auf atonische Wunden und Hautgeschwüre aus, und erzielte damit sehr befriedigende Resultate. Er bediente sich dabei sehr feiner carbolisirter, von Kalk- und Kieseltheilchen freier Schwämme. Diese Schwämme presst er, ohne sie besonders zu präpariren, mit Seidenfäden stark zusammen, so dass sie nahezu compact werden, und verfertigt daraus mittelst Rasirmessers oder Mikrotom sehr dünne Schnitte, welche er wiederholt in siedendem Wasser auswäscht und hierauf im Trockenofen erhitzt, um sie vom Wasser zu befreien und aseptisch zu machen. Die Schnitte werden, zu kleinen Scheiben zerschnitten, die nicht dicker als 1 Mm. und nicht grösser als ein Centime-Stück sein dürfen, auf die vorher desinficirten Wunden oder Geschwüre applicirt. Bezüglich der Wirkung der aseptischen Schwämme auf atonische Geschwüre differiren die Anschauungen Pacinotti's wesentlich von jenen D'Ambrosio's. Dieser will beobachtet haben, dass, wenn die Schwämmchen auf eine eiternde Wunde aufgelegt werden, sich Strömungen des Eiters in convergirender Richtung gegen die Impfstelle bilden, dass sich die Wunde allmälig reinigt und der Vernarbung entgegengeht. Pacinotti konnte niemals ähnliche Resultate erhalten: wenn die Schwämmchen auf stark eiternde Wunden applicirt wurden, sah er erstere sich mit Eiter imbibiren und beim Verbandwechsel abfallen. Die günstigen Erfolge, die D'Ambrosio in solchen Fällen erzielte, schreibt er den wiederholten Waschungen mit Sublimatlösung zu, welche der Transplantation vorangeschickt wurden. Pacinotti räth die Anwendung der aseptischen Schwämmchen nur für jene Fälle an, in denen die Granulationen sehr blutreich und atonisch sind und keine Tendenz zeigen, den Substanzverlust auszufüllen. Bei derartig beschaffenen Wunden, wie man sie in praxi nach Verbrennungen, nach Exstirpation von Geschwülsten u. dergl. vor sich hat, könne das Einpfropfen von sterilisirten Schwammstückchen von grossem Vortheil sein, während man sich hier von

der Hauttransplantation keinen besonderen Erfolg versprechen könne. Nicht ohne Interesse ist jener Theil der Arbeit Pacinotti's, welcher die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung von Gewebspartien enthält, in welchen die Schwammstückchen eingeschlossen waren. Zwischen den Trabekeln der Schwämme fand Pacinotti eine reichliche Neubildung von Blutgefässen, die mit grosser Regelmässigkeit angeordnet und strotzend mit Blut gefüllt waren; sie entsprangen vertical oder nahezu unter rechtem Winkel von grösseren Gefässen, welche in den unter dem Geschwürsgrunde liegenden Geweben verliefen. Diese neugebildeten Gefässe schienen sich an den Trabekeln der Schwämmchen zu stützen und bildeten, sich mehrfach emporrankend und windend, an der Grenze des Granulationsgewebes angelangt, ebensoviele Schlingen, welche alsbald mit anderen aus der Tiefe emporsteigenden Gefässen in Anastomose traten. Bei stärkerer Vergrösserung (Reichert, Ocul. 3, Obj. 9) konnte man feststellen, dass die Regeneration der Epidermis von der präexistirenden Epidermis, mithin vom Wundrande ausging. Im Granulationsgewebe sah man zahlreiche, theils disseminirte, theils zu Haufen gruppirte, in Kerntheilung begriffene Zellen, ferner aus einem wohlentwickelten Endothel bestehende Blutgefässe und sehr viele mehrkernige Riesenzellen um die Schwammtrabekel. Fortsätze dieser Massen sah man zwischen die faserige Substanz der Schwammtrabekel eindringen. Bei einer späteren Untersuchung, die mehrere Monate nach der vollständigen Heilung vorgenommen wurde, war von den Schwämmchen keine Spur mehr zu erkennen. Dornig.

Nitschmann (2) hat bei alten Unterschenkelgeschwüren, sowie bei ausgedehnten, oberflächlichen Hautverbrennungen folgende Salbe angewendet: Sozojodolnatr. 4·0, Lanolin 40·0. M. f. ungt. Die Heilung vollzog sich innerhalb weniger Tage und ging schneller von Statten, als bei dem vergleichsweise angewandten Jodoform. Bei Vaginismus und bei Pruritus hat Nitschmann mit einer fünfprocentigen Sozojodolzinklösung entschiedene Besserungen erzielt. O. Rosenthal.

Alriq. Ueber die Heilwirkung der Quellen von Aulut gegen Eczem. Cong. internat. d'hydrol. et de climat. 1886. — **Azanaseff** M. J. Bacteriologie in der Dermat. Wratsch. St. Petersburg 1887. — **Cox** F. Die Aetiologie der Hautkrankheiten. Lancet. London 1887. — **Froelich** H. Massage bei Hautkrankheiten. St. Louis. Cour. Med. 1887. — **Gilbert.** Zur Geschichte der Cancroïde. Clinique Brux. 1887. — **Hyde** J. N. Ueber symmetrische Fuss- und Handaffectionen. Med. News. Philadelphia 1887. — **Obolonski** N. Haarfärbemittel. Sborn. rabat. proizved. Charkoff 1887. — **Sacreste.** Schwangerschaft und Hautkrankheiten. Bullet. méd. du Nord. Lille 1887.

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

(Infectiöse Entzündungsprocesse.)

1. **Schäffer.** Ueber einen Fall von traumatischem Tetanus mit sogenanntem chirurgischen Scharlach. — Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 52.
2. **Blau.** Die Erkrankungen des Gehörorgans bei Masern. — Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 27, Heft 2 u. 3.
3. **Roszezkowski.** Der lombardische Aussatz. Pellagra. Die im Sorok'schen Kreise des bessarabischen Districtes beobachteten Fälle. — Gazeta Lekarska 1888, S. 1011.
4. **Gucci.** La pellagra nella provincia di Firenze e in particolar modo la follia pellagrosa nel manicomio di Bonifazio. — Lo Sperimentale 1888, Nr. 10 u. 11.

5. **Brocq** L. La discussion sur la contagiosité de la lèpre à l'Académie de médecine. — Ann. de derm. et de syph. Paris, Sept. 1888.
6. **Zuriaga.** La lèpre de Parcent (province d'Alicante). — Ann. de derm. et de syph. Juni 1888.
7. **Doyon** A. Une visite à l'hôpital des lépreux de Scutari. — Ann. de derm. et de syph., Juni 1888.
8. **Armauer-Hansen** G. Die Erblichkeit der Lepra. — Virchow's Arch., Bd. 114.
9. **Kaurin** E. Hôpital de Reknaes et léproserie de Reknais, avec un rapport médical statistique sur la léproserie de 1861—1885. (Christiania 1888.) — Ann. de derm. et de syph., Juni 1888.

Schäffer (1). Im Anschluss an eine eiternde Schnittwunde an der Hand, die nach acht Tagen nur eine druckempfindliche, geröthete Narbe erkennen lässt, entwickelt sich bei einer dreiundzwanzigjährigen Dienstmagd Trismus und Tetanus mit heftigen Paroxysmen. Nach weiteren neun Tagen ist ein von der Narbe ausgehendes Erythem der Hand und des Armes aufgetreten, das sich bald über den ganzen Körper verbreitet und als unzweifelhaftes Scharlachexanthem herausstellt. Dabei Halsschmerzen und geringe Mengen Eiweiss im Harn. Der Scharlach nimmt einen regulären Verlauf, beginnt nach acht Tagen abzuschuppen, während die Krampfparoxysmen, die mit ausbreitendem Exanthem eine Steigerung erfahren und zu heftigen suffocatorischen Anfällen geführt hatten, allmälig in ihrer Intensität nachlassen. Bei nahezu vollendeter Desquamation neue Eruption eines scarlatinösen Exanthems siebzehn Tage nach dem Auftreten des ersten Ausschlages, wiederum mit heftigeren tetanischen Insulten verbunden. Sechs Tage darauf beginnt die zweite Desquamation unter andauernden, wenn auch etwas abgeschwächten Erscheinungen des Tetanus. Dann rasche Besserung, die abgesehen von geringem Dorsalclonus zur völligen Genesung führt. Urin eiweissfrei. Die Behandlung bestand in Darreichung von 6—12 Gr. Chloralhydrat pro die, später bei Einverleibung per Klysma grössere Dosen. Schäffer fasst den Fall als Mischinfection von Tetanus traumaticus mit chirurgischem Scharlach auf. H. Stern.

In der mehr den Otiater interessirenden Arbeit führt Blau (2) an, dass er bei 65 unter 2560 Patienten mit Sicherheit das Ohrenleiden auf Masern zurückführen konnte. Dasselbe beruht auf einer primären exanthematischen Erkrankung der Schleimhaut der Tuben und der Paukenhöhle, nicht auf einer Fortleitung des Katarrhs. Unter diesen Fällen waren 33 von chronischer Eiterung, so dass die Ansicht, als ob die Ohrencomplicationen bei Masern stets leichter Natur seien, als irrige zurückgewiesen werden muss. Allerdings trägt hieran, wie auch bei Scarlatina, bei der nur in der Minderheit der Fälle eine ursprüngliche Malignität des pathologischen Processes vorhanden ist, die unterlassene oder die fehlerhafte Behandlung die Hauptschuld. O. Rosenthal.

Roszezkowski (3) citirt die Beobachtungen von Cholmsky, der typische, im Süden Bessarabiens vorkommende Fälle von Pellagra beschreibt. Im Jahre 1884/85 waren von den Aerzten des Chocim'schen Kreises 54, dagegen in dem Jahre 1885/86 schon 97 dergleichen Krankenfälle notirt worden. Der Grund des Auftretens einer grösseren Anzahl von Pellagra-Erkrankungen wäre nach Cholmsky in dem Missgedeihen von Kukuruz zu suchen, von dem die ärmeren Volksclassen sich fast ausschliesslich ernähren. Roszezkowski, der im Sorok'schen (nördlichen) Kreise Bessarabiens ansässig ist, referirt über 38 dergleichen Erkrankungsfälle, die er entweder selbst beobachtet hatte oder deren Krankengeschichte ihm von

dem im selben Kreise prakticirenden Collegen zur Disposition gestellt worden waren. Es wird dabei der Beobachtungen von Rouba (Wszechświat 1888, Nr. 28) erwähnt, nach dessen Meinung die Ursache der endemisch auftretenden Krankheit in dem vollkommenen Nichtgenuss von Brod zu suchen sei, und von Zabaryński, der über die im verdorbenen Mais vorkommende Pilzart Ustilago Maidis Untersuchungen anstellte und unter Anderem fand, dass dergleichen Mais bei dem Hausvieh Lungenerkrankungen und Aborte hervorzurufen im Stande sei. v. W.

Aus Gucci's (4) statistischer Arbeit über die Pellagra in der Provinz Florenz mit besonderer Berücksichtigung der im Irrenhause zu Florenz verpflegten pellagrösen Geisteskranken ersehen wir, dass in besagter Provinz die ersten beglaubigten Fälle von Pellagra im Jahre 1784 beobachtet wurden. Ueber die Ausbreitung der Krankheit in den vier ersten Decennien dieses Jahrhunderts fehlen genauere Angaben; seit dem Jahre 1844 nahmen die Erkrankungen successive zu, erreichten im Quinquennium 1873—1877 die höchste Ziffer und nahmen von da an allmälig wieder ab. Gucci berechnet, dass innerhalb der Zeitperiode 1844—1887 in der Provinz Florenz bei einer Bevölkerung von 268.525 Seelen die Gesammtzahl der Pellagrösen 12.392 betrug, von denen 658 an Geistesstörungen litten; mithin kommen auf 100 Pellagröse ungefähr 5 Geisteskranke. Im Mittel kommen auf ein Jahr 281 Pellagrakranke, darunter 15 Geistesgestörte und auf 955 Bewohner ein Pellagrakranker. Im Vergleiche mit den norditalienischen Provinzen stehen bezüglich der Pellagra die Verhältnisse in der Provinz Florenz entschieden günstiger. Aus dem Procentverhältnisse zwischen den geisteskranken pellagrösen Männern und Weibern berechnet Gucci, dass die Pellagra beim weiblichen Geschlechte überhaupt häufiger ist und dass im Durchschnitt auf 100 Kranke 45·42 Männer und 54·57 Weiber kommen: Unter den verschiedenen psychischen Krankheitsformen auf pellagröser Basis, prädominirt nach Gucci die Melancholie, doch wird auch Manie, Demenz, acutes Delirium nicht selten beobachtet. Die Sterblichkeit ist unter den pellagrösen Irren in der Anstalt zu Florenz eine enorme, denn sie beträgt 62—74 Procent. Als häufigste Todesursache führt Gucci pellagröse Kachexie an, ferner Diarrhöe (Enterokatarrh), serösen Erguss in die Hirnhöhlen, Delirium acutum, Paralysis pellagrosa, Typhus pellagrosus (!), Lungenkatarrh, Decubitus, Entero-Peritonitis, Apoplexie. Die Angabe anderer Autoren, dass Tuberculose bei Pellagrakranken sehr häufig sei, findet Gucci nicht bestätigt.
Dornig.

Brocq (5) referirt über die Discussion, welche über die Ursache der Lepra im October 1887 in der Académie de méd. begonnen und knüpft an den Bericht einige selbstständige Bemerkungen. Er constatirt, dass seit der Discussion über denselben Gegenstand im Jahre 1885 sich in Frankreich ein bedeutender Umschwung der Anschauungen zu Gunsten der Contagionisten vollzogen hat. Gegen die Contagiosität der Lepra sprachen sich neuerdings aus: Le Roy de Méricourt und Hardy. Le Roy de Méricourt wendet sich gegen van Leent, welcher die Lepra eine bacilläre Nevritis nennt und zwischen ihr und anderen endemischen und epidemischen Krankheiten des Nervensystem eine gewisse Analogie aufstellen zu können glaubt, welche jedoch weder in der pathologischen Anatomie noch in der Symptomatologie eine Begründung findet. Die Contagionisten erklären die Thatsache, dass Individuen, welche in einer Lepragegend gelebt, erst sehr lange Zeit nach ihrer Rückkehr in die leprafreie Heimat, an Lepra erkranken und sie verbreiten, mit der langen Incubation der Lepra, welche sich bis auf zwanzig Jahre erstrecken könne. Diese Erklärung ist eine willkürliche und durch nichts gerechtfertigte. Er fürchte nicht, dass Paris, wo gegenwärtig eine

Anzahl Lepröser lebe, ein Herd für Lepra werde, und habe er selbst in verschiedenen Marinespitälern, wo Leprakranke Aufnahme gefunden haben, niemals eine Ausbreitung des Uebels beobachten können. Bisher ist die Haftung der Leprabacillen weder beim Menschen noch bei Thieren gelungen und hat die Pathogenese der Krankheit durch die Entdeckung des Leprapilzes keinen Schritt vorwärts gemacht. Le Roy bespricht ausführlich die Beobachtungen, welche in den verschiedenen Colonien europäischer Staaten von europäischen Aerzten und ärztlichen Commissionen bezüglich der Contagiosität der Lepra gemacht wurden, um darzulegen, dass die Lepra nicht contagiös sei. Die Contagionisten sind übrigens auch untereinander nicht einig. Wenn Besnier erklärt, dass die Lepra nicht constant und nicht unter allen Umständen ansteckend sei, für die Contagiosität gewisse Bedingungen nöthig seien, so sei dies eher ein Beweis für die Nichtcontagiosität der Krankheit. Es seien viele Fälle bekannt, dass trotz ehelichem Zusammenleben zwischen Leprakranken und Gesunden, eine Ansteckung nicht erfolgt sei; eine Ansteckung im weiteren Sinne sei nur indirect möglich durch Vermittlung des Bodens und des Trinkwassers, welche die Leprakeime enthalten. Auch die Eingeborenen der nichteuropäischen Lepragegenden halten die Lepra für nicht ansteckend. Gegen die Meinung des Dr. Arning und Anderer, dass die Lepra durch Impfung übertragbar sei, muss energisch Front gemacht werden, weil durch diese noch durch nichts erwiesenen Behauptungen die Impfung mit humanisirter Lymphe überhaupt verdächtigt und geschädigt werde. Arning will in der Kruste der Impfpusteln und in der Lymphe eines Individuums mit Lepra tuberculosa Leprabacillen gefunden haben. Ein unbestreitbarer Fall, dass Lepra durch die Vaccination erworben worden wäre, liegt bis heute nicht vor, andererseits hat man jedoch in Leproserien des Oefteren gesehen, dass Kinder lepröser Weiber, welche diese selbst lange Zeit gestillt hatten, leprafrei geblieben sind. Die Contagionisten geben selbst zu, dass es für Individuen mit beginnender Lepra, wenn sie sich vor dem Fortschreiten des Uebels bewahren wollen, indicirt sei, die Lepragegend zu verlassen und einen leprafreien Wohnort i. e. Gegend aufzusuchen und nehmen selbst diese Kranken in ihre Spitäler auf, ohne zu fürchten, dass die Keime der Krankheit sich ausbreiten. Für die Lepra verlangt man die Absperrung, aber für die Tuberculose nicht, deren mögliche Inoculation auf Menschen und Thiere doch bereits sicher ist. Aber auch die absolute Sequestratur der Leprakranken ist nur ein illusorisches Mittel, da sie nur an Individuen ausgeführt werden kann, deren Krankheit bereits evident geworden ist; bis dahin haben sie bereits schon durch Jahre der Verbreitung der Lepra durch den geschlechtlichen Verkehr Vorschub geleistet und hereditär fortgepflanzt. Sicher ist, so schliesst Le Roy, dass der Bacillus Hansen die Aetiologie der Lepra nicht gefördert hat. Hardy glaubt, dass die Frage der Uebertragbarkeit der Lepra erst dann endgiltig werde entschieden sein, bis die Inoculation derselben gelungen sein wird. Eine Ausbreitung der Krankheit in Europa ist nicht zu besorgen, da daselbst die zwei Bedingungen dafür nicht vorhanden wären. Diese sind die Race und das Klima. Die europäischen Racen legen gegen die Krankheit eine grosse Widerstandsfähigkeit an den Tag. Von den europäischen Staaten habe Frankreich das der Lepra günstigste Klima und doch bleibt diese daselbst nur auf gewisse Bezirke beschränkt (Nizza). Seit jeher sind nach Europa viele Leprakranke gekommen, ohne dass nachweisbar die Krankheit auf Europäer übertragen worden wäre. Man kann daher die Leprösen, welche nach Europa kommen, um sich von ihrem Uebel zu befreien, ruhig in Frankreich ansässig machen lassen. Die folgenden Redner sprechen sich für die Contagiosität der Lepra aus. Leloir resumirt sein bekanntes Werk über Lepra, um der Anschauung, selbe

sei eine Infectionskrankheit, Nachdruck zu verleihen. Die Lepra müsse eine bacilläre Nevritis sein; sie könne niemals durch schlechte hygienische Verhältnisse entstehen, da sie keine tellurische Krankheit sei. Die leprösen Herde erzeugen wieder Lepra, weil eben Lepröse in ihnen angehäuft sind; da die Heredität allein die Fortpflanzung der Lepra nicht erklärt, müsse man eine directe oder indirecte, unmittelbare oder secundäre Ansteckung annehmen. Ein Beweis für die Ansteckungsfähigkeit ist die Thatsache, dass Menschen in leprafreien Ländern, welche nie in Lepragegenden gewesen und von gesunden Eltern stammen, Lepra bekommen, nachdem sie mit Personen in geschlechtlichen Verkehr getreten, welche aus leprösen Colonien eingewandert waren. Auch wenn die Ueberimpfung der Lepra noch nicht erwiesen ist, so kann man die Ausbreitung der Krankheit doch nicht anders, als durch Contagion und Heredität erklären; Ansteckung kann nichts anderes sein als Uebertragung des Leprakeimes auf Gesunde. Die Lepra kann ihre Virus, Bacillus oder Sporen in den Boden, in das Wasser deponiren und so eine Gegend mehr oder minder lang inficiren. Es bleibt noch zu erforschen, ob die Lepra von Individuum auf Individuum übertragbar sei, oder ob der Bacillus sich ausserhalb des Menschen auf eine uns unbekannte Weise fructificire, in einem uns noch unbekannten Medium seine gewisse Entwickelung durchmachen muss, um contagiös und oculabel zu werden. Man weiss noch nicht, ob die Lepra in allen ihren Stadien oder nur in gewissen Perioden impfbar sei, jedenfalls müsse man sich so verhalten, als ob die Krankheit auf eine oder die andere Weise impfbar wäre, wie es die Aerzte thun, welche in Lepragegenden leben. Diese sind alle Contagionisten und eigentlich seien es ja auch die Anticontagionisten, wenn sie wie auch Le Roy de Méricourt an einer Verbreitung der Lepra durch geschlechtlichen Umgang festhalten. Vidal zeigt, dass die Ideen der Contagionisten seit 1885 Verbreitung gefunden haben. Die Beweise für die Infectiosität seien: 1. Die parasitäre Natur der Lepra. Für die modernen Dermatologen ist der Bacillus Hansen die Ursache der Lepra. Cazenave wehrte sich seinerzeit auch gegen die Behauptung, dass der Achorion Sch. den Favus hervorrufe. Aehnlichen Widerstand treffe heute der Bacillus der Lepra. 2. Die beglaubigten Fälle von Uebertragung der Lepra auf gesunde Individuen. Dafür sind seit 1885 neuere Facten bekannt geworden. 3. Die Verbreitungswege der Lepra-Epidemien und die Möglichkeit, selben durch geeignete und streng durchgeführte prophylaktische Massregeln, Einhalt zu thun. Vidal hofft, dass diese hässliche Krankheit durch die Macht der Errungenschaften der modernen Medicin zum Weichen gebracht werden werde. Cornil. Contagiosität und Parasitismus decken sich nicht immer und ist es ein Irrthum zu glauben. dass jede parasitäre Krankheit von einem Individuum auf ein anderes, das mit ihm in Contact lebt, übertragbar sei. Man denke z. B. an die Filaria sanguinis, die Actinomykose, den Milzbrand etc., besonders an die Tuberculose. Ueber die Biologie des Leprabacillus ist noch nichts bekannt, Reinculturen desselben misslingen, kein Thier ist für ihn empfänglich und auch der Mensch erweist sich noch als refractär gegen ihn. Unsere Erfahrungen über Lepra beschränken sich noch ausschliesslich auf diejenigen, welche die klinischen Beobachtungen uns liefern. Redner erörtert einige eigene Fälle von Lepra-Ansteckung in Frankreich (Nizza), welche beweisen, dass die Heredität in der Aetiologie der Krankheit keine so bedeutende Rolle spielt, als man gemeiniglich annimmt, wohl aber eine um so grössere die directe Ansteckung. Brocq unterzieht die Enunciationen der Anticontagionisten Hardy und de Méricourt einer eingehenden Kritik, um durch dieselbe sich als entschiedenen Anhänger der Contagiositätstheorie zu declariren. Da nach seiner Erfahrung die Lepra unter gewissen Bedingungen ansteckend sei, müsse man sich gegen diese schützen,

wenn auch die einschlägigen Schutzmassregeln nicht so drakonisch sein müssen wie jene, welche die etwas übermässig alarmirten Amerikaner zu etabliren für nöthig finden. Die Leprösen sind gewiss nicht gefährlicher als die Syphilitiker, gegen welche die Prophylaxis nicht allzu strenge verfährt.

W. Pollak.

Der Aufsatz Zuriaga's (6) ist ein Fragment eines Memorandums, das er an den Municipalrath von Valencia richtete, und in welchem er seine persönlichen Beobachtungen über die Lepra in der Provinz Alicante niederlegt. Die Krankheit hat in den letzten Jahren unter der Bevölkerung eine auffallende Vermehrung erfahren. Viele Kranke sind über den Ursprung ihrer Krankheit gänzlich im Unklaren. Einige Lepröse haben gesunde Eltern und Ahnen; in einigen Familien war die Lepra bereits in früheren Generationen heimisch. Bis nun haben die Behörden gegen die Ausbreitung der Krankheit nichts veranlasst. Es ist sichergestellt, dass seit dem Jahre 1850 in dem kleinen Dorfe Parcent 60 Leprafälle vorgekommen sind. In der Mehrheit der Fälle ist eine Heredität nicht nachweisbar. 45 von diesen 60 Leprösen sind bereits mit dem Tode abgegangen. Die übrigen 15 leben noch, wie der Bürgermeister von Parcent auswies. Vor 1850 war daselbst die Lepra unbekannt, sie wurde, wie constatirt, durch einen Leprösen eingeschleppt, der sich dort festsetzte und zuerst an einem Freunde dieses Kranken bemerkt. Verfolgt man die Ausbreitung der Lepra in den einzelnen Familien, so beobachtet man constant, dass diejenigen Personen, welche mit dem Kranken in stetem Contact bleiben, sich also der Ansteckung aussetzen, auch von der Krankheit befallen werden, gleichviel ob sie Blutsverwandte sind oder nicht, jene aber, welche den Kranken meiden, verschont bleiben. Die Contagiosität ist also in diesem Falle erwiesener als die Heredität. Autor sah eine lepröse Mutter, die ein gesundes Kind zur Welt brachte und deren Enkelkind, das ebenfalls leprafrei war; eine lepröse Frau, die ihren beiden erwachsenen Söhnen und zwei Mägden die Krankheit durch den Verkehr übermittelte. Identische Beobachtungen machte der Verfasser in zwei anderen Orten. Ungünstige Lebensverhältnisse allein sind keine Ursache der Lepra, wohl aber erleichtern sie die Ansteckung. In mehreren Ortschaften der Provinzen Valencia und Alicante, wo ausreichende prophylaktische Massnahmen durchgeführt wurden, wurde die Lepra ausgemerzt.

W. Pollak.

Doyon (7). Das Leprosenhaus von Constantinopel befindet sich ausserhalb der Stadt im Friedhofe von Scutari. Es besteht daselbst schon seit einem Jahrhundert und ist nur zur Aufnahme von Muselmannen bestimmt. Es fasst fünfzig Kranke. Doyon fand nur achtundzwanzig vor, welche zumeist aus Anatolien stammten. Sie erhalten monatlich viereinhalb Francs für ihren Lebensunterhalt und sind auf die öffentliche Mildthätigkeit angewiesen, um diesen zu verbessern. Kein Wunder, dass die Mortalität unter den Leprösen Scutaris eine enorme ist. Lepröse Männer dürfen ihre Frauen und Kinder ins Asyl mitnehmen; leprösen Frauen ist das Zusammenleben mit ihren gesunden Männern daselbst verwehrt; ledige Patienten beiderlei Geschlechtes werden ex offo verheiratet, da die Ehelosigkeit nach türkischer Anschauung nicht ehrbar ist. Einige Kranke haben sogar zwei Frauen. Die Sterblichkeit unter den Kindern ist sehr gross; ob sie leprös zur Welt kommen, konnte Doyon nicht ermitteln. Die Kranken verbleiben bis ans Lebensende in der Leproserie. Von den achtundzwanzig Kranken hatten die meisten tuberöse Formen und die entsprechenden Verstümmelungen. Der Ordinarius der Anstalt, Dr. Zambaco, hat trotz regem Verkehr der Leprösen mit der Aussenwelt, niemals Infection Gesunder constatiren können. Auch der Geistliche der Anstalt, ein Mann von vierzig Jahren, ist gesund,

auch sein Vater, der vor ihm im Asyle lebte, blieb es, wie seine ganze Familie. Trotz Asyl sieht man in den Strassen Constantinopels eine Anzahl Lepröser, meist Juden und Griechen, welche im Asyle von Scutari grundsätzlich keine Aufnahme finden. W. Pollak.

Armauer-Hansen (8), der eifrigste Verfechter der Contagiosität der Lepra, besuchte im verflossenen Jahre Nordamerika, um an den in die Staaten Wisconsin, Minnesota und Dakota eingewanderten leprösen Norwegern und ihren Nachkommen die immer wieder aufgeworfene Frage nach der Erblichkeit der Lepra zu studiren. An der Hand möglichst exacter Nachforschungen kam er zu dem interessanten Resultat, dass von den Nachkommen der hundertsechzig Eingewanderten bis in die dritte Generation Niemand leprös geworden war. Dieses Resultat schliesst nach Verfasser die Erblichkeit der Krankheit aus. Die Thatsache, dass von den hundertsechzig Eingewanderten nur noch sechzehn oder siebzehn am Leben, neue Fälle aber nicht zu constatiren sind, spricht nach Verfasser durchaus nicht gegen die Contagiosiät der Lepra. Verfasser hat aus eigener Anschauung die socialen Verhältnisse gründlich kennen gelernt und malt in kurzer aber drastischer Weise den schroffen Gegensatz zwischen der Lebensweise der norwegischen Bauern in ihrer alten und neuen Heimat. Darin sieht Verfasser gewiss nicht mit Unrecht, wenigstens zum Theil, die Ursachen für jeden Mangel der Fortpflanzung der Krankheit in Amerika durch Contagion. Das Klima hat nach Verfasser scheinbar keinen Einfluss auf die Krankheit. Solche Fälle von Lepra, die erst mehrere Jahre nach der Einwanderung sich offenbarten, könnten als bis dahin acut verlaufende oder nicht diagnosticirte angesprochen werden. Verfasser glaubt die Lehre von der Erblichkeit der Lepra ganz fallen lassen zu müssen, zumal er selbst die Lehre von der Contagiosität durch die Ausbreitung und das Verschwinden der Krankheit in Norwegen am besten verständlich gemacht hat. Des Referenten geglückte Uebertragungsversuche von Lepra auf Thiere, deren Resultate Verfasser genau kennen gelernt hat, zieht derselbe als gewichtige Stütze der von ihm vertretenen Contagiositätslehre herbei. Ortmann.

Kaurin (9) liefert eine ziemlich ausführliche Statistik der im Zeitraume von 1861 bis Ende 1885 im Lepraspitale von Reknais, Kirchsprengel Romsdalen unweit der Stadt Molde, behandelten Leprakranken. Das vom Staate erbaute und zum Theile erhaltene Spital hat einen Belegraum für hundertsechzig Kranke. Innerhalb der genannten Zeit fanden 664 Kranke, 368 Männer und 278 Frauen Aufnahme. Die Behandlung war durchwegs eine symptomatische. Am 31. December 1885 verblieben noch 68 Kranke. Von 664 Leprösen litten 478 (72·4 Procent) an der tuberosen, 182 (27·6 Procent) an der anästhetischen Form; von den 68 Patienten am 31. December 1885 waren 31 mit Lep. tub., 36 mit Lep. anaesth. behaftet. Ein Kranker war nicht leprös. Bezüglich der übrigen Daten verweisen wir auf die Originalarbeit. W. Pollak.

Abbe R. Schwarze Masern mit Darmgeschwüren und Blutungen New York Med. Journ. 1887. — **Atkinson** J. E. Klinische Studien über Erysipel der Kinder. Med. Record. New York 1887. — **Barr** J. Scharlachnephritis. Arch. Pediat. Philadelphia 1887. — **Clutton** H. H. Alter Lupus der Nase und frische Tuberculose der Lippen. des Gaumens und Rachens, Tr. Clin. Society. London 1887. — **Collins** J. Eigenthümliche Erscheinungen nach Masern. Policlinic. Philadelphia 1887/88. — **Filatow** N. Ueber scarlatinöse Diphtheritis. Arch. f. Kinderheilk. 1887. — **Galezowksy** X. Verbreitung der Masern durch die Augen. Record d'ophthalmol. Paris 1887. — **Guarnieri** G. Ueber den Streptococcus des Erysipels. Arch. per le

scienze med. Torino 1887. — **Leiblinger** J. Tödtliche Hämorrhagie in Folge Arterienarrosion bei Scarlatina. Wiener med. Wochenschr. 1887. — **Loeb** M. Puspeptonurie bei Masern. Arch. f. Kinderheilk. 1887. — **Love** J. N. Erysipelas. St. Louis. Courir of Med. 1887. — **Miller** L. H. Purpura haemorrhag. nach Scharlach. Med. Record 1887. — **Picheney**. Ueber den Ursprung der Scarlatina. Compt. rend. Paris 1887. — **Polaillon**. Behandlung des Anthrax mit Chlorzinkpfeilen. Union méd. Paris 1887. — **Tausini** J. Sublimatinjectionen gegen Lupus. Gazz. degle hospitali Milano 1887. — **Wiglesworth** A. Ueber Scharlach. Lancet-Clinic. London 1887. — **Winkelschmidt** H. Behandlung des Scharlachs mit Jodkali. Allg. med. Centr.-Ztg. Berlin 1887.

Erythematöse, eczematöse, parenchymatöse Entzündungsprocesse.

1. **Audry** C. De l'érythème polymorphe infectieux herpétiforme (herpès généralisé fébrile). — Ann. de derm. et de syph. Oct. 1888.
2. **Schotten.** Ueber unangenehme Nebenwirkungen des Sulfonal. — Therap. Monatsh. Nr. 12, 1888.
3. **Hallopeau** H. Sur une forme végétante et atrophique de pemphigus iodique. — Ann. de derm. et de syph. Mai 1888.
4. **Cramer.** Leichte Creolinvergiftung. — Therap. Monatsh. Nr. 12, 1888.
5. **Wickham** L. et **Thibault** A. Note sur deux cas d'urticaire pigmentée, forme maculeuse à caractère frustes. — Ann. de derm. et de syph. Oct. 1888.
6. **Giacanelli.** Tre casi di morbo maculoso di Werlhof. — Lo Sperimentale 1888, Nr. 12.
7. **Petrone.** Di nuovo sulla porpora emorragica infettiva, idiopatica. — Lo Sperimentale 1888, Nr. 12.
8. **Rehn.** Ein Fall von Scorbut bei einem Knaben von fünfzehn Monaten mit ausgedehnter subperiostaler Blutung. Epiphysenlösung u. s. w., die sogenannte acute Rhachitis. — Berlin. klin. Wochenschr. 1889, Nr. 1.
9. **Baudouin** G. et **Wickham** Louis. Ecthyma térébrante de l'enfance. Recherches bactériologiques. — Ann. de derm. et de syph. Dec. 1888.
10. **Isaac.** Die Akne und ihre Behandlung. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 3.
11. **Taylor** R. W. Lichen ruber as observed in America and its distinction from Lichen planus. — New York Med. Journ. Jan. 1889.
12. **Boeck** Caesar. Ein Fall von Pityriasis pilaris. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1889, Nr. 3.
13. **Girode** J. Dermatite exfoliatrice généralisée et primitive. Lésions histologique de la peau. — Ann. de derm. et de syph. Sept. 1888.
14. **Mibelli.** Sulla esfoliazione areata della lingua. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1888, 4.

Audry (1). Eine einundzwanzigjährige Kranke, welche sich bereits vier Monate wegen einer Blennorrh. vaginae in Spitalspflege befand, wurde ohne bekannte Ursache von Schmerzen in den Unterextremitäten und heftigem Fieber befallen, welchem nach fünf- bis sechstägigem Bestande eine maculöse Eruption an beiden Handtellern folgte. Bei immer in gleicher Höhe bleibendem Fieber zeigte sich nach wenigen Tagen eine allgemeine Eruption von theils isolirten, theils gruppirten Papeln, welche blassrosa bis carminroth, mässig elevirt sind und von welchen einige an der Spitze ein Bläschen mit durchsichtigem Inhalt tragen. Zwischen den Papeln ist die Haut gesund, die Rachenschleimhaut leicht geröthet. Unter steigendem Fieber nimmt die Eruption zu und

erhalten alle Papeln ein Bläschen an der Spitze. Im Rachen tritt Herpes auf. Durch einige Tage bleibt der Zustand bei hohem Fieber stationär, breitet sich aber auch über das Gesicht aus. Nach ungefähr vierzehntägigem Bestande confluiren die Anfangs zerstreuten lichenoiden Papeln zu grösseren purpurrothen Plaques, welche leicht schuppen, nachdem auch der Inhalt der spitzständigen Bläschen zu Börkchen eingetrocknet war. Nach Abfall der Temperatur ist die Schuppung eine allgemeine, an den Händen, Vorderarmen und im Gesichte kleienartig, mit Hinterlassung purpurrother Flecke, die mit junger Epidermis bedeckt sind und sehr sensibel sind. Nach anderen acht Tagen waren auch die Maculae verblasst. Die Krankheit währte einen Monat. Verfasser reiht diese Beobachtung in die Classe der Erythema multiforme, hält die in Rede stehende Affection nicht für eine bacilläre, wie Villemin und Haushalter, sondern für eine Angioneurose, welcher er jedoch das Epithet infectiosa gerne zuspricht.

Einer nervösen, fünfundvierzigjährigen Dame hatte Schotten (2) zwei Abende hintereinander 2 Gr. Sulfonal-Bayer und den dritten Abend 3 Gr. verordnet. Nach gutem Schlaf zeigte sich eine vier Tage anhaltende allgemeine Mattigkeit und Schläfrigkeit, der nach dieser Zeit ein über den ganzen Körper verbreitetes, masernartiges Exanthem, das von Hitzegefühl begleitet war, folgte. Die nervösen Erscheinungen waren wie mit einem Schlage geschwunden, Spuren des Exanthems waren aber auch nach vierzehn Tagen sichtbar. O. Rosenthal.

Hallopeau (3) berichtet über einen Fall von toxischer Wirkung des Jodkali, in Folge deren es zur Bildung von Blasen, condylomatösen Wucherungen an Stelle der geplatzten Blasen und in der Folge zu constringirenden und deprimirenden Narben, entstellenden Difformitäten und Augenläsionen gekommen war. Ein achtundvierzigjähriger Syphiliskranker hatte durch eine Reihe von Jahren aus Furcht vor Recidiven, ohne ärztlichen Rath, beträchtliche Mengen von Jodkali fortgesetzt, aber auch ohne davon eine schädliche Wirkung zu verspüren, genommen. Bei seiner Aufnahme im Spital zeigte der Kranke im Gesichte und an den oberen Extremitäten vielfache Vegetationen, welche mit venerischen Condylomen grösste Aehnlichkeit darboten, theils gestielt, theils flach aufsassen, mehrere Millimeter das Hautniveau überragten. Neben diesen nahm man Narbendepressionen wahr, welche den grössten Theil des Gesichtes einnahmen, zerstreut oder im Halbkreis standen. Das Vorhandensein von Krusten an verschiedenen Stellen bewies, dass der destructive Process noch im Gange sei. Die Nase ist wie bei Lupösen defigurirt (Lupusknötchen sind nicht nachweisbar), in der Form ganz verändert, mit Krusten besetzt, ebenso die Lippen. Analoger Befund an den Ohren, an den Händen, an den Vorderarmen, am Penis. Die linke staphylomatöse Cornea ist geschwürig, stark vascularisirt. Vordere Synechien. Im Harne beträchtliche Eiweissmengen. Dämpfung an den Lungenspitzen, Katarrh an den Spitzen und den übrigen Lungenpartien. In Anbetracht der vorausgegangenen Lues wird 1 Gr. JK pro die verordnet. Nach viertägigem Gebrauche des Mittels sieht man im Gesichte, an der Zunge und an den Händen Blasen entstehen. Das Medicament wird ausgesetzt. Die Blasen trocknen zu Krusten, welche flachen Excrescenzen und bald oberflächlichen Narben Platz machen. Nach Wiederholung des JK unter Fieber neue Eruption von Blasen an verschiedenen Körperstellen. Viele von diesen Blasen sind hämorrhagisch. Dieselbe Weiterentwickelung der Blasen wie bei der ersten Administration des Jodmittels. Nach einer erneuerten Gabe von JK wurde es nun klar, dass die beobachteten bullösen Eruptionen Folgeerscheinung und Wirkung des JK seien, da indessen sich auch an Stelle der Blasen Vegetationen gebildet hatten, welche Aehnlichkeit mit den alten

Vegetationen im Gesichte hatten. Der Kranke hatte nun wegen intercurrirender Affectionen andere Spitalsabtheilungen aufgesucht, wo ihm immer nach Diagnose von Syphilis JK gereicht wurde und stetig nach demselben dieselben Wahrnehmungen, die Hallopeau gemacht, verzeichnet werden konnten, in dessen Beobachtung der Kranke wiederkehrte. Hallopeau konnte nun durch Angaben von Aerzten, welche den Patienten vor dessen Eintritt in's Spital kannten und pflegten, eruiren, dass Patient noch vier, Monate vor Eintritt in's Spital das Gesicht vollkommen intact hatte und dass innerhalb dieser Zeit unter dem Gebrauche des Jodkali der Pemphigus mit allen seinen Folgen auftrat; dass dem so sei, wurde neuerdings durch wiederholte Verabreichung des JK vollinhaltlich bestätigt. Innerhalb des sechsmonatlichen Spitalsaufenthaltes wurden sieben Recidiven des Pemphigus vegetans provocirt, die immer schon achtundvierzig Stunden nach der Ingestion sich einstellten. Das Gesicht war indessen bis zur Unkenntlichkeit entstellt. Die Vegetationen, welche an Stelle der Blasen traten, atrophirten meist spontan und waren noch vorhanden, als der Patient das Spital verliess. Eine Narbe wurde behufs histologischer Untersuchung excindirt. Unter dem Mikroskope zeigte es sich, dass es sich um eine frische Dermatitis handle, welche sich vorzugsweise um die Blutgefässe entwickele. Die Papillen sind verlängert, einige von ihnen fadenförmig, andere sind im hohen Grade von Schwellung. Die interpapilläre Schicht ist ebenfalls länger und breiter, als normal. Das Bemerkenswerthe an dieser Beobachtung ist, abgesehen von den beschriebenen Erscheinungen, die Thatsache, dass die Idiosynkrasie so spät sich manifestirte, die toxischen Erscheinungen sich rasch nach der Einführung des Medicamentes einstellten, aber ebenso schnell nach Verlassen desselben cessirten; die beiderseitige Augenläsion, die Kerato-Conjunctivitis die auf einem Auge mit Trübung der Hornhaut und Staphylombildung endete.

Bei einem fünfjährigen Knaben, dem nach der Radicaloperation eines Leistenbruches Umschläge von in zwei Procent Creolinlösung (Pearson) getauchter Gaze gemacht wurden, beobachtete Cramer (4) am Abend des dritten Tages das Auftreten eines scharlachartigen Ausschlages, der sich über den ganzen Körper ausbreitete und mit heftigem Brennen einherging. Die Temperatur war nicht erhöht. Der Urin roch nach Carbol und sah schmutzigbraun aus. Nachdem das Creolin durch Borsäure ersetzt war, schwand am folgenden Abend das Exanthem. O. Rosenthal.

Von dieser seltenen Affection, von welcher erst nur neunundzwanzig Beobachtungen vorliegen, haben Wickham und Thibault (5) zwei Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt. Der eine betrifft ein viereinhalbjähriges Mädchen, dessen Eltern gesund, syphilisfrei sind. Die Mutter war immer gesund, erinnert sich im Alter von vierzehn Jahren und während sie das Kind stillte, an Urticaria gelitten zu haben. Das Kind ist kräftig, gut genährt, hatte nie Convulsionen, zeigt keine Difformität, keine Drüsenschwellung. Im Alter von sechs Monaten erschien bei ihm die erste Eruption der Urticaria an der rechten Stirne, recidivirte im dritten Monate. Ausbreitung der Urticaria auf Rücken und Bauch im sechsten Monate. Mit einem Jahre war das ganze Integument bis auf die Hand afficirt. Vor wenigen Monaten traten die Efflorescenzen an den Handtellern auf. Die ganze Hautoberfläche hat durch Confluenz von dunkelbraunen Flecken, welche die Urticaria hinterlassen hat, ein getigertes Aussehen. Die Pigmentationen sind über das Hautniveau nicht erhoben, verschieden gross, durchschnittlich mit Durchmessern von 2 : 3 Ctm., mehr weniger rund, oval und sind in der Mitte dunkler. Gegen die Peripherie wird die Verfärbung heller und geht allmälig in die normale Hautfarbe über. Im Gesichte sind die Flecke kleiner, linsengross, heller bis rosenroth. Ueber den Flecken ist die Haut glatt, nicht schuppend,

nicht infiltrirt, nicht juckend, ohne Kratzeffecte. Auf Druck entfärben sich die Flecke nur wenig. Der Versuch, durch Irritation der Haut Urticaria zu provociren, misslingt in diesem Falle; die Flecke bekommen aber durch die Reizung eine Beifärbung von Dunkelroth. An den Schleimhäuten nichts Abnormes. Das Colorit der Flecke bleibt stationär. Die Behandlung erwies sich als unwirksam. Der zweite Fall betrifft einen zweijährigen Knaben, dessen Mutter dreiundzwanzig Jahre alt, hysterisch ist. Beide Eltern syphilisfrei. Die Affection begann beim Kinde im Alter von dreieinhalb Monaten am Halse und breitete sich innerhalb des nachfolgenden Jahres über den ganzen Körper aus. Die Mutter erinnert sich nicht, Quaddeln am Kinde beobachtet zu haben und soll das Kind niemals gekratzt haben. Das Kind ist vollkommen gesund, seine inneren Organe intact. Die Pigmentationen sind im Gesichte linsengross, rothbraun, am Stamme verschiedenfärbig, an den Schenkeln confluirend, weichen nicht auf Fingerdruck, werden im Gesichte foncirter, wenn das Kind schreit. Der Versuch, durch Reizung Urticaria hervorzurufen, gelingt zuweilen. Bei Inspicirung des Rachens wird das Kind am Kopf und am Nacken fixirt. Einige Augenblicke später treten an den gedrückten Stellen Quaddeln auf.

Giacanelli (6) beobachtete im Verlaufe von wenigen Tagen drei Fälle von Purpura haemorrhagica an demselben Orte; dieselben betrafen einen Mann von vierzig Jahren und zwei Kinder (Brüder) im Alter von sechsundzwanzig Monaten und fünf Jahren, sämmtlich wohlgenährte, bisher gesunde Individuen. Die Krankheit verlief in allen drei Fällen afebril, und endete nach zwei bis drei Wochen mit Genesung. Giacanelli wirft die Frage auf, ob nicht die Purpura haemorrhagica infectiöser Natur sei, wie dies von Petrone behauptet wurde. Obwohl ihm der Nachweis der von Petrone nnd Beher beschriebenen Mikrococcen im Blute seiner Kranken nicht gelang, glaubt er diese Frage doch bejahen zu können, da der kurze Zeitraum zwischen den einzelnen Erkrankungen (von den zwei Brüdern erkrankte der zweite fünf Tage nach dem ersten) und der typische und cyklische Verlauf der von ihm beobachteten Fälle für den infectiösen Charakter der Werlhof'schen Krankheit sprechen. Dornig.

Petrone (7) fand im Blute eines an „Purpura haemorrhagica rheumatica afebrilis" leidenden jungen Mannes einzelne kleine, ovoide Mikrococcen. Das Blut wurde einem Kaninchen subcutan injicirt, und das Thier bekam nach zwei Tagen an der Haut des einen Ohres zahlreiche hämorrhagische Flecke. Durch diesen Versuch glaubt Petrone die infectiöse Natur der Peliosis rheumatica Schönlein nachgewiesen zu haben. Dornig.

Rehn (8). Die von Möller-Königsberg zuerst als acute Rhachitis beschriebene Erkrankung von Kindern, bestehend in einer Anschwellung von Epiphysen- und Diaphysenenden mit Oedem der Weichtheile, Schwellung und hämorrhagischer Verfärbung des Zahnfleisches, vereinzelten Haut- und Zellgewebshämorrhagien etc. etc. bei rhachitischem Skelet wurde von englischen Aerzten (Barlow) als mit Rhachitis verbundener Scorbut angesehen. Verfasser schliesst sich dieser letzteren Auffassung an und erbringt gelegentlich des in der Ueberschrift erwähnten Falles, bei dem intra vitam eine Incision gemacht wurde, den Nachweis, dass die Epiphysenschwellungen zu beziehen sind auf Blutergüsse, die eine Ablösung der Periosti von dem Knochen zur Folge hatten. Die Epiphyse war abgetrennt, die der Diaphyse zugekehrte Fläche hämorrhagisch infiltrirt. H. Stern.

Baudouin und Wickham (9) beschreiben einen Fall von Pusteleruption mit consecutiver ausgebreiteter Geschwürsbildung, welchen er nach Fournier und Lallier mit der Bezeichnung Ecthyma terebrans infantum

belegt. Ein neunzehnmonatliches Kind, dessen Eltern vollkommen gesund (nicht tuberculös, nicht syphilitisch) sind, war mit tiefgreifenden Verschwärungen der Haut auf der Abtheilung Fournier's aufgenommen. Vor drei Wochen bekam es an der oberen und äusseren Fläche des linken Oberschenkels eine kleine Pustel, welche einer Vaccinepustel ähnlich war und in wenigen Tagen bis zur Grösse eines Frankstückes heranwuchs, zu einer dunklen Kruste eintrocknete, unter welcher eine Geschwürsfläche lag, die stark juckte. Um diese erste Läsion herum entwickelten sich gleichzeitig mehrere andere, dann solche in der Leistenbeuge, sowie auch in der Regio hypogastrica, welche dieselbe Entwickelung wie die erste Pustel durchmachten. Als das Kind ins Spital kam, waren auch am Kopfe drei frankstückgrosse flache Exulcerationen, je eine in Reg. occip. und parietal., die nur mässig secernirten, zwei erbsengrosse Pusteln mit rothem Hals, je eine unter und seitwärts vom Nabel. Ueber der linken Leistenbeuge und parallel mit ihr befand sich ein 6 Ctm. langes, 3 Ctm. breites, nicht tiefes Geschwür, dessen Grund unregelmässig, nicht lebhaft roth, nicht granulirend, das Aussehen eines platten, blossgelegten Muskels hat und von einer äusserst geringen Menge farblosen Serums bedeckt ist. Die scharfkantigen Ränder zeigen stellenweise die Halbkreisform. Unterhalb dieses Geschwüres zwei andere ähnliche; das eine, 7—8 Ctm. lang, überschreitet die Leistenbeuge und greift auf den Schenkel über. Um alle diese Geschwüre zieht sich ein rother Hof, der von zahlreichen linsengrossen, kraterförmigen Geschwüren siebartig durchlöchert ist, welche dieselben Charaktere wie die grossen Ulcerationen darbieten. Die nächste Zone bilden hirsekorngrosse Pusteln, welche das erste Entwickelungsstadium der Geschwüre sind. In der mittleren Partie des Schenkels einige Pusteln mit rothem Hofe und ein frankstückgrosses Geschwür. Oberhalb des Knies zwei Geschwüre. Am Rücken eine Pustel von der Grösse eines Zwanzigcentimesstückes. Die Geschwüre sind spontan und auf Berührung schmerzhaft. Das Kind fiebert leicht, magert ab. Unter Jodoform externe heilen die Geschwüre bis auf jene am Kopfe. Keine Recidive, kein Nachschub während eines mehrtägigen Spitalsaufenthaltes, nach welchem das Kind nicht wieder gesehen wurde. Das sero-purulente Secret wurde auf Wunsch Fournier's einer ausgedehnten bacteriologischen Untersuchung unterzogen. Dieselbe ergab das Vorhandensein von Bacterium termo, Staphylococcus aureus und Streptococcus, deren Reinculturen vollkommen gelangen, welche nach fünfundvierzig Tagen später Vitalität zeigten. Der Streptococcus wurde einem Kaninchen am Ohre inoculirt. Am zweiten Tage schon bildete sich eine diffuse rothe Plaque, die am fünften mit Hinterlassung einiger umschriebener Knötchen und erbsengrosser Abscesse schwindet. Eine subcutane Injection in die Rückenhaut producirt ein entzündliches Product, das sich in zwölf Tagen resorbirte. Das Allgemeinbefinden des Versuchsthieres blieb gut. Ueber die Rolle, welche der Streptococcus im vorliegenden Krankheitsfalle gespielt hat, sind die Verfasser nicht im Klaren. Der Pilz war in die Lymphbahn nicht gedrungen, hat keine lymphangitische Erscheinungen, keine Suppuration der Lymphgefässe hervorgerufen. Seine Rolle war daher eine accessorische. Man kann ihn, wie die Injectionen gezeigt, nicht beschuldigen, tiefe Geschwüre hervorgebracht zu haben. Weitere Beobachtungen ähnlicher Fälle wie der geschilderte, werden ergeben, ob dieser Mikroorganismus unter gewissen Bedingungen zu tiefgreifenderen Ulcerationen Anlass bieten kann.

Isaac (10). Kurze Uebersicht der zu Akne prädisponirenden Momente, unter denen die in manchen Familien erbliche weite und trichterförmige Hautöffnung der Talgdrüsenmündungen sowie Genuss von Bier, Käse und besonders Kaffee hervorgehoben zu werden verdienen. Die gegen die Akne

gebräuchlichen therapeutischen Verfahren haben das Gemeinsame, die Haut in ihrem Abstossungsbestreben zu unterstützen, indem durch Saftentziehung und Schrumpfung die übermässige Vascularisation gehemmt wird. Naphtol und Resorcinpasten haben sich am besten bewährt. H. Stern.

Taylor's (11) Artikel über Lichen ruber ist sehr lesenswerth. Bis zum Jahre 1874 kannte man in „Germany" (soll wohl heissen in der Wiener Schule. Ref.) den von Hebra beschriebenen Lichen ruber, dagegen nicht den von Er. Wilson und T. Fox in England beschriebenen Lichen planus. Die amerikanischen Collegen kannten beide Lichenformen noch nicht aus ihren einheimischen Beobachtungen, wohl aber später, da eine Reihe von Lichen planus-Fällen ihnen untergekommen waren, und „The American observer" (Taylor selbst. Ref.) schlossen aus einem solchen Falle von allgemeiner Ausbreitung, dass der Lichen planus thatsächlich mit Lichen ruber Hebra ähnlich sei, und man schloss dann weiter, dass beide Lichen-Arten zwei verschiedene Formen derselben Krankheit darstellen. (Ich muss hier bemerken, dass ich der Erste war, welcher im Jahre 1877 eben auf Grund des angedeuteten Artikels von Taylor über einen Fall von Lichen planus allgemeiner Verbreitung, in welchem Taylor schliesslich frägt, „sollte dies nicht Lichen ruber sein", in meinem Vortrage in der k. k. Ges. d. Aerzte vom 7. December 1876 in einem Artikel der Wiener med. Wochenschr. 1877, Nr. 35, beide Krankheitsformen für identisch erklärte, indem ich angab, dass an manchen Kranken beide Formen zugleich vorhanden sind und dass ich zur Unterscheidung der reinen Fälle beider Formen vorschlug, die von Hebra beschriebene Form Lichen ruber acuminatus und die andere Lichen ruber planus zu nennen. — Kaposi.) In den letzten acht Jahren, berichtet Taylor weiter, macht sich bei den amerikanischen Collegen immer mehr die Meinung geltend, dass beide Lichenformen nicht identisch seien. Die Schwierigkeit der Entscheidung liege aber darin, dass darüber so selten Lichen ruber Hebra zu sehen wäre. Taylor hat nun zwei eigene und vier andere Fälle von Lichen ruber (Hebra oder acuminatus mihi, Kaposi) beobachtet und kommt auf Grund deren Studiums zu dem Resultate, „dass Lichen ruber ein in sich abgeschlossener Krankheitsprocess sei, ohne einen Schatten von Verwandtschaft mit Lichen planus". Taylor bringt weiters mikroskopische Untersuchungsresultate von exscindirten Knötchen des Lichen ruber, die er durch eine Reihe von Zeichnungen illustrirt, sowie der Krankheitsfall selbst in einer gelungenen Abbildung zur Ansicht gebracht wird. Aus jenen schliesst Taylor, dass die Ansicht vieler Autoren, nach welcher Lichen ruber im Wesentlichen eine Epidermidal-Erkrankung oder Hyperkeratose sei, incorrect ist und die letztere nur als Folge des tiefer gelegenen entzündlichen oder exsudativen Processes auftrete. Endlich dass diese Thatsache bisher noch von Niemandem kundgegeben worden sei. Zur Erläuterung der Unterschiede zwischen Lichen ruber und Lichen planus stellt Taylor ein Schema der klinischen Symptome beider Processe vergleichsweise einander gegenüber. Endlich zweifelt er an der Regelmässigkeit depascirender Erscheinungen bei Lichen ruber, sowie an der Nothwendigkeit der Arsenbehandlung, da seine zwei Fälle, der eine sogar wiederholt, binnen wenigen Monaten verlaufende allgemeine Ausbrüche durchmachten und er mit örtlichen Mitteln, Sodabädern, Theer, Seifengeist u. A. raschen Heilerfolg erzielte. (Wir freuen uns aufrichtig, von Taylor es nun bestätigt zu hören, dass es einen Lichen ruber Hebra, s. Acuminatus mihi gibt, „as a distinct morbid entity". Das wird für Manche, z. B. für Herrn Róna, eine grosse Beruhigung sein, der eine erschöpfende „Studie" über Lichen ruber geschrieben hat, mit der Schlussfolgerung, dass es keinen Lichen ruber acuminatus gebe, d. i. die Krankheit, die Hebra ursprünglich beschrieben hat,

und zwar aus dem Grunde, weil er keinen gesehen hat. Col tempo e con pacienza wird auch Herr Róna einen Fall zu sehen bekommen und dann glauben. Was Taylor nun veranlasst, den Lichen planus überhaupt nicht mehr als Lichen ruber gelten zu lassen, nachdem er früher gerade jenen für diesen gehalten, führt dieser geschätzte Autor zwar sehr ausführlich an, soll aber hier nicht weiter erörtert werden, da hiezu ein näheres Eingehen auf das Original nothwendig wäre, ein Referat aber zu wenig genügt. Ich hoffe aber, dass auch in dieser Beziehung Taylor noch unsere Meinung acceptiren wird, wenn ihm noch weitere Fälle von Lichen ruber unterkommen. Der Bemerkung des geschätzten Autors gegenüber, dass vor ihm Niemand die „Hyperkeratose" des Lichen ruber bezweifelt und die zu Grunde liegende Entzündung des Papillarkörpers betont hätte, erlaube ich mir auf meine bezüglichen Darstellungen an mehreren Orten, speciell in meiner Arbeit über Lichen ruber moniliformis und in dem Capitel Lichen ruber meiner Vorlesungen über Hautkrankheiten 3. Aufl. pag. 463, Fig. 26 zu verweisen. Kaposi.) K.

C. Boeck's (12) Mittheilung eines Falles von „Pityriasis pilaris" (Devergie) verdient in extenso und sehr aufmerksam gelesen zu werden, weshalb wir dessen Wirkung nicht durch ein blosses Excerpt schmälern möchten. Noch einige so ausgezeichnete Beschreibungen, und Diejenigen, welche den Lichen ruber acuminatus nicht aus eigener Anschauung kennen, werden dann wissen, wie dieser Process sich entwickelt, verläuft und aussieht. Ich, der ich regionäre und universelle, beginnende und weitgediehene, zur Heilung geführte und letal verlaufene Fälle von Lichen ruber acuminatus gesehen habe, stehe nämlich nicht einen Augenblick an, zu erklären, dass ich in diesem so exact geschilderten Boeck'schen Krankheitsfalle einen typischen Fall von Lichen ruber Hebra s. acuminatus mihi erkenne.

Kaposi.

Der Fall von Dermatitis exfoliativa universalis, den Girode (13) beschreibt, betrifft eine zweiundsiebzigjährige, kräftige, gut genährte Frau. Das Leiden, das ohne bekanntes ursächliches Moment, ohne wesentliche Prodrome begann und in drei Tagen vollends entwickelt war, endete letal nach sechsmonatlichem Bestande. Unter unbestimmtem Unwohlsein und Jucken am behaarten Kopfe und an den Extremitäten röthete sich die ganze Hautoberfläche innerhalb dreier Tage. Die Röthe nahm bald an Intensität zu, wie auch bald die Abschuppung begann, welche bis ans Lebensende fortdauerte. Die Eruption ist eine absolut universelle, da nicht die allerkleinste Hautinsel von ihr verschont blieb. Die Haut ist lebhaft roth, dunkler an den abschüssigen Stellen. Hautfalten und -Runzeln treten deutlich hervor. Die Haut überall hart, ödematös, besonders an den Augenlidern. Das Oedem ist an den unteren Extremitäten bedeutend, die Haut daselbst gespannt, glänzend. An den beweglichen Hautstellen, in der Nachbarschaft der Gelenke, Fissuren in Folge der Bewegungen und Kratzens. Die Abschuppung ist überall kleinschuppig, nur im Gesichte und an den Vorderarmen sind die Schuppen breiter, an den Handtellern geht die Haut in grossen Lamellen ab. Die Nägel sind dichter, längsstreifig. Die Phalangealgelenke leicht geschwellt. Heftiges Jucken, unaufhörliches Kratzen. Kältegefühl. Die Haut ist stets trocken, nur an den Kratzeffecten eczematöse Feuchtigkeit. Fieber, systolisches Schabegeräusch, kein Eiweiss, kein Zucker im Harne. In der Folge wird die Hautröthe intensiver, heisser und tritt starke Schweissabsonderung ein. Die Kopfhaare fallen massenhaft aus, die Kopfhaut ist roth, glänzend, schuppend. Bei in gleicher Höhe bleibenden Erscheinungen von Seite der Haut treten im Laufe der nächsten Monate abwechselnd verschiedene Functionsstörungen auf, welche die Kranke einem bedeutenden

Kräfteverfalle zuführen. Ausgebreitete linksseitige Pneumonie, Tod. Die Section war in diesem Falle möglich. Die mikroskopische Untersuchung der Haut ergab den gewöhnlichen Befund der chronischen Dermatitis: stellenweise Gewebshyper- und -Atrophie, Atrophie der Talgdrüsen bei Intactsein der Schweissdrüsen. W. Pollak.

Mibelli (14) hält die kreisfleckige Exfoliation der Zunge (Exfoliatio areata linguae, Landkartenzunge), wenn sie auch in den letzten Jahren zum Gegenstande verschiedener Mittheilungen gemacht wurde, für eine unter dem grossen ärztlichen Publicum viel zu wenig gekannte Affection; sie werde daher häufig mit verschiedenen anderen, gemeiniglich viel schwereren Zungenerkrankungen verwechselt, und sei speciell in der italienischen Literatur wissenschaftlich noch gar nicht bearbeitet worden. Die von Mibelli beobachteten Fälle von Exfoliatio areata linguae betrafen durchgehends Kinder im Alter von einem bis zu acht Jahren, das Bild, welches er von der Krankheit entwirft, stimmt mit den Beschreibungen Caspary's, Unna's u. A. vollkommen überein. Die Diagnose der kreisfleckigen Exfoliation der Zunge bietet, wie Mibelli hervorhebt, keine Schwierigkeiten, die Affection könne weder mit den Plaques der Raucher (Fournier), noch mit der Leukoplakie (Schwimmer) verwechselt werden. Auch mit syphilitischen Plaques der Zunge sei bei genauer Beobachtung eine Verwechslung nicht gut möglich. Die grösste Aehnlichkeit mit der kreisfleckigen Exfoliation der Zunge zeigen die sogenannten glatten Plaques Fournier's (Leçons cliniques sur la Syphilis. Paris 1881, pag. 437), doch sind diese nie so genau abgegrenzt, sie sind nicht von einem erhabenen Rand umgeben, und endlich haben sie einen fixen Sitz, sie wandern also nicht von einem Punkt zum anderen. Mibelli will beobachtet haben, dass jene Plaques der Exfoliatio areata, welche am Zungengrunde oder in der Nähe des Zungengrundes sitzen und welche sich durch eine regelmässigere kreisrunde oder ovale Form auszeichnen, auch gewöhnlich regelmässiger und gleichförmiger durch periphere Ausbreitung anwachsen, dass hingegen die Plaques in der Nähe der Zungenränder oder an der Zungenspitze, welche eine mehr unregelmässige Form haben und sich viel rascher entwickeln, auch mehr sprungweise und unregelmässiger anwachsen. Die Erklärung dieser Erscheinung dürfte darin zu suchen sein, dass die Ränder und die vordere Hälfte der Zungenoberfläche viel mehr als der Zungengrund fortwährenden Insulten ausgesetzt sind und dass diese eine raschere und unregelmässigere Abstossung jener Epithelschichten bewirken, welche ihren normalen Zusammenhang mit den unter ihnen liegenden Schichten verloren haben. Was die Aetiologie der in Rede stehenden Zungenaffection anbelangt, glaubt Mibelli auf Grund seiner diesbezüglichen bacteriologischen Untersuchungen die Frage über die parasitäre Natur des Leidens unbedingt verneinen zu können. Eher hätte die Annahme eines hereditären Einflusses einige Berechtigung, da der Autor in einem seiner Fälle constatiren konnte, dass die Mutter der Kranken in ihrer Jugend ebenfalls an epithelialer Exfoliation der Zunge gelitten hatte. Im abgeschabten Epithel der Plaques und ihrer erhabenen Ränder fand Mibelli stets normale, niemals aufgequollene oder Vacuolen enthaltende Epithelzellen, weshalb er die Ansicht jener Forscher nicht theilen kann, welche in der Exfoliatio areata linguae einen Entzündungsprocess sehen, vielmehr nimmt er an, dass es sich hier blos um eine die Hornschicht des Zungenepithels in Mitledenschaft ziehende Entwickelungsanomalie handle, weshalb er die Affection den Epidermidosen (nach der Classification von Auspitz), und zwar speciell den Keratolysen an die Seite stellen möchte, während sie Unna den neuritischen Dermatosen mit acyklischem Verlauf anreiht. Dornig.

Baey. Ueber Urticaria. Arch. méd. Belg. Bruxelles 1887. — **Cassin** P. Ueber Dermatitis exfoliativa. Prov. méd. Lyon 1887. — **Eraud** J. Ein Fall von Pellagra mit Autopsie. Prov. méd. Lyon 1887. — **Croocker** H. R. Multiple Gangrän der Haut bei Kindern. Med. Chir. Transact. London 1887. — **Edgnen** J. G. Ueber Urticaria factitia. Hygiea. Stockholm 1887. — **Grellety.** Behandlung der Poriasis. Journ. de méd. de Bordeaux 1887—88. — **Handford.** Pemphigus, Arsenpigmentation. Brit. Med. Journ. 1887. — **Jackson** G. T. Impetigo contagiosa. New York Med. Journ. 1887. — **Jorissenne** G. Abortive Behandlung des Furunkels mit rothem Präcipitat. Ann. Soc. méd. chir de Liège 1887. — **Montefusco** A. Urticaria intermittens mit Nervenerscheinungen. Gaz. de med. pubb. Napoli 1887. — **Sztampke** F. Pemphigus acutus. Gazeta Lekarska. Warszawa 1887.

Bildungsanomalien.

(Hypoplasien, Hyperplasien, Paraplasien der Epidermis und Cutis.)

1. **Darier** J. Verrues planes juveniles de la face. — Ann. de derm. et de syph. Oct. 1888.
2. **Behrend**. Ueber Nervenläsion und Haarausfall mit Bezug auf die Alopecia areata. Sitzung der Berliner med. Ges. vom 18. Dec. 1888. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 9.
3. **Behrend.** Demonstration von Präparaten von Areahaaren. Ges. d. Charité-Aerzte in Berlin. Sitzung v. 14. Juni 1888. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 1 u. 2.
4. **Merklen** P. Etiologie et prophylaxie de la pelade. — Ann. de derm. et de syph., Dec. 1888.
5. **Mibelli**. Sulla patogenesi dell' alopecia areata. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1888, Nr. 4.
6. **Lassar.** Ueber Haarcuren. — Therap. Monatsh., Dec. 1888.
7. **Arnozan.** Un cas de Xeroderma pigmentosum. — Ann. de derm. et de syph., Juni 1888.
8. **Mosler** Fr. Ueber Myxödem, Virchow's Arch., Bd. 114.
9. **Stern.** Zur Therapie des Xanthoms. — Berliner klin. Wochenschr. 1888, Nr. 50.
10. **Kraske.** Ueber künstliche Ueberhäutung offener inoperabler Krebse. — Münchner med. Wochenschr. 1889, Nr. 1.
11. **Wieherkiewicz.** Allgemeines Melanosarkom der Haut. Gazeta Lekarska 1888, Nr. 704.
12. **De Luca.** Un caso di micosi fungoide. Catania, 1888, Ref. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1888, Nr. 4.

Darier (1) beschreibt eine Eruption von Warzen bei einer jugendlichen bis dahin gesunden Frauensperson. Dieselbe 22 Jahre alt, gut genährt, von kräftiger Constitution bekam eine Eruption von flachen Warzen, welche allmälig innerhalb dreier Jahre das ganze Gesicht einnahm. Die Affection localisirte sich ausschliesslich in der Region des Gesichtes, begann an der rechten Wange einige Monate nach einer Schwangerschaft. Bald nachher erkrankte auch die andere Wange, hierauf die Stirne. Im ganzen Bereiche des Gesichtes von der Haargrenze bis zum unteren Rande der Kiefer bemerkte man eine Menge kleiner flacher papulöser Wucherungen, welche unregelmässig disseminirt ihren Hauptstandort auf der Wange hatten. Die Grösse dieser Papeln variirte zwischen 2 Mm. bis 1 Ctm. im Durchmesser. Diese Gebilde überragen nur wenig das Hautniveau, sind von gelber, gelbbrauner Farbe und stechen durch ihr Colorit merklich vom rosenrothen Wangen-

grunde ab. Kein Pruritus an den afficirten Hautpartien. Die übrige Haut des Körpers ist vollkommen normal, frei von Warzen. Vor Beginn der Behandlung excindirte der Verf. eine Warze für die mikroskopische Untersuchung. Diese ergab, dass die Läsion in einer Verdickung aller Schichten der Epidermis mit Hypertrophie der Papillen bestand; die Cutis war normal, reich an elastischem Gewebe, frei von Entzündung. Die Gefässe, die in die Papillen gehen sind voluminös, sehr durchscheinend. Die Nervenfasern in der Cutis normal, nicht degenerirt. Haarfollikel, Schweiss- und Fettdrüsen zeigen keine Veränderung. Die Untersuchung auf Coccen und Bacillen (ein häufiger Befund bei Warzen der Hand) fiel negativ aus.

Behrend (2) hat die Joseph'schen Versuche der Excision des Spinalganglions des zweiten Halsnerven unter J. Munk's Assistenz bei neun Katzen, die zwischen 7—120 Tage lebten, ausgeführt und bei keinem einzigen Thier einen Haarausfall beobachtet. Da Joseph in der Discussion anführt, dass er selbst erst ungefähr 30 negative Resultate gehabt habe, bevor er 12 positive verzeichnen konnte und Behrend deshalb zur Fortsetzung der Versuche auffordert, so erwähnt Munk, dass in der experimentellen Nervenphysiologie kein Fall bekannt sei, dass nach der gelungenen Durchschneidung eines Nerven nur in einigen wenigen Fällen die Functionen des betreffenden Nerven erlöschen. Mithin müsse er den von Joseph beschriebenen Haarausfall als eine Folge von Nervenverletzungen oder von secundären Störungen betrachten. O. Rosenthal.

Behrend (3) demonstrirt die, wie bekannt, nach seiner Ansicht auf einer Circulationsstörung beruhende Anwesenheit von Luft in dem Haarbulbus bei Alopecia areata und betont, dass dieser von ihm als typisch aufgefasste Befund wegen seiner Seltenheit von den Untersuchern bisher übersehen worden sei. Nur bei den ganz acut auftretenden Fällen findet man solche Areahaare in grosser Zahl. Dem gegenüber erwähnt Lewin, wie schon Virchow gethan hat, die ähnlichen Ergebnisse Waldeyer's und Kölliker's bei normalen Haaren und führt als Beweis für die trophische Natur der fraglichen Affection an, dass der Haarboden oft verdünnt sei, und dass meist schwächliche bisweilen kachektische Personen von der Krankheit befallen würden. So habe er in 70 von ihm gesammelten Fällen von einseitiger Gesichtsatrophie bei 20 Kranken Veränderungen der Haare gesehen. Da Behrend hierauf erwidert, dass er gerade seine Zuhörer stets darauf aufmerksam gemacht habe, dass kräftig gebaute Individuen mit starkem Haarwuchs von Alopecia areata befallen würden, so führt Lewin bei Beginn der nächsten Sitzung die mit ihm übereinstimmenden Ansichten der meisten deutschen und ausländischen Autoren und schliesslich Behrend selber an, der in seinem Lehrbuch vom Jahre 1883 sich auf die eben erwähnten Ausführungen stützt, um die trophoneurotische Natur der Krankheit zu beweisen. O. Rosenthal.

Merklen (4) analysirt den sehr beachtenswerthen Bericht Besnier's über die Massregeln, welche gegen die Ausbreitung der Area Celsi, die in Frankreich eine nicht unbedeutende zu sein scheint, zu ergreifen wären. Dieser Bericht hat die volle Zustimmung der Académie de medecine erhalten und wurde ihm die Anerkennung der Behörden dadurch zu Theil, dass selbe allen Vorständen der Civil- und Militärschulen und Instituten, sowie den Corpscommandanten strenge auftrug, die Vorschläge Besnier's zur Eindämmung der Krankheit zur Ausführung zu bringen. Besnier hält die Affection für eine mykotische und contagiöse, obschon die vielfachen Bemühungen den Parasit der Area zu isoliren und zu inoculiren misslangen und die mikroskopischen Untersuchungen Jenen Recht gaben, welche die

Affection für eine Trophoneurose halten. Die klinischen Beobachtungen sprechen sich für die Contagion aus und müssen der Prophylaxis zu Grunde gelegt werden. Merklen hat während dreimonatlicher Vertretung auf der Abtheilung Besnier's im Hôp. St. Louis 50 neue Fälle von Area beobachtet. Von diesen 50 Areakranken waren nur 15 Frauen, davon 5 Mädchen unter 15 Jahren. Von den 35 männlichen Kranken waren 9 unter 15 Jahren. Bei 11 begann die Krankheit im Barte. W. Pollak.

Mibelli (5). Angeregt durch die bekannten Experimente Joseph's. auf Grund welcher sich dieser für berechtigt hält, die Alopecia areata als eine Trophoneurose aufzufassen, führte Mibelli die Excision des Spinalganglion des zweiten Halsnerven mitsammt einem Stücke der hinteren und vorderen Wurzel wiederholt an Katzen aus und constatirte dabei Folgendes: In einigen Fällen stellte sich in Folge des Eingriffes kreisförmiger Haarausfall in dem vom recidirten Nervenstamme versorgten Hautgebiete ein, in einzelnen davon aber gleichzeitig auch an anderen, von diesem Territorium mehr oder weniger entfernten Stellen; in anderen Fällen bildeten sich alopecische Plaques ausschliesslich in solchen Hautregionen, die ausserhalb des Innervationsgebietes des vom zweiten Cervicalnerven ausgehenden Nervenstammes lagen und wieder in anderen Fällen hatte das Experiment weder einen Haarausfall, noch eine andere Veränderung an der Hautdecke überhaupt zur Folge. Der Haarausfall stellte sich nach 9, 10 bis 47 Tagen ein (Joseph beobachtete ihn nach 5 bis 27 Tagen). Während in der Mehrzahl der Fälle die Haut an den alopecischen Stellen keine sonstigen krankhaften Veränderungen zeigte, wurden einmal leichte oberflächliche Excoriationen an einer kahlen Stelle der Kopfhaut, zweimal dünne Krusten im Centrum einer solchen Stelle und einmal die Entwickelung eines Eczems zugleich mit dem Ausfall der Haare beobachtet. Mibelli fasst die Ergebnisse seiner Experimente in folgendem Resumé zusammen: 1. In Folge einer Nervenverletzung, bestehend in der Durchschneidung eines Nerven nahe an seinem spinalen Ursprunge bilden sich zweifellos Veränderungen der Haut. 2. Diese krankhaften Veränderungen sind inconstant, variabel und vorübergehend, sie können daher unmöglich von der aufgehobenen Thätigkeit der durchschnittenen Nerven abhängen. 3. Da diese Läsionen nicht in Zusammenhang gebracht werden können mit der ausgeschalteten Thätigkeit der durchschnittenen Nerven, so folgt daraus, dass man sie auch nicht dem fehlenden nervösen Einflusse ausschliesslich trophischer Fasern zuschreiben könne und dass daher die Existenz dieser trophischen Fasern erst zu beweisen sei. 4. Dies ist jedoch nicht so aufzufassen, als ob das Nervensystem nicht einen indirecten trophischen Einfluss ausüben würde; vielmehr führt Alles zu der Annahme, dass die experimentelle Nervenverletzung zu, wenn auch nur vorübergehenden und nicht schweren, nutritiven und functionellen Störungen in den nervösen Centren führe, woraus eben jene krankhaften Veränderungen resultiren, welche in verschiedenem Umfange und nicht constant an verschiedenen Stellen der Hautoberfläche zu Tage treten, indem das centrale Nervensystem auf eine und dieselbe Ursache verschieden reagiren kann und zwar unter Bedingungen, die uns völlig unbekannt sind. Was die Alopecia areata betrifft, könne man immerhin annehmen — und dafür sprechen auch die Experimente — dass sie von einer nervösen Störung abhängig sei, welche indirect die Ernährung der Haarpapillen betrifft; der Process selbst, durch welchen diese Ernährungsstörung bedingt wird, entziehe sich vollständig unserer Kenntniss.

Dornig.

Lassar (6). Erfahrung und Experimente nach Lassar haben die Uebertragbarkeit der Alopecie sichergestellt und der Bericht, den eine von

der Académie de médecine in Paris im Jahre 1887 eingesetzte Commission in dieser Angelegenheit erstattet hat, steht sogar ausschliesslich auf dem Boden der Infectionstheorie. Ohne die Beweiskraft der vielfach angezweifelten Joseph'schen Versuche direct in Frage zu ziehen, ist Lassar überzeugt, dass dieselben mit der klinischen Alopecie in einem nachweisbaren Zusammenhang nicht stehen. Die Therapie, die neben einzelnen Misserfolgen, wie sie wohl bei jeder Cur und jedem Mittel vorkommen, auch recht erfreuliche Resultate gezeitigt hat (s. Abbildungen im Original), setzt sich zusammen aus gründlichen Waschungen der Kopfhaut, Frottiren mit $^1/_2$procentigen Sublimatlösungen und darauf folgenden Einreibungen mit 2% Salicylfett. Besondere Bedeutung scheint dem Hg Cl2 als einem das Haarwachsthum befördernden Mittel zuzukommen, denn auch unter Sublimatverbänden an Extremitäten sieht man häufig ein stärkeres Wachsthum der Haare auftreten (Schede). H. Stern.

Arnozan (7) stellt die Diagnose des Xeroderma pigmentosum in einem Falle von Pigmentanomalie, die er an einem elfjährigen Knaben beobachtete. Anamnestisch ist sicherzustellen, dass Patient mit einem Naevus pigmentosus an der rechten Schulter zur Welt kam. Im Alter von 14 Monaten erhielt er wegen einer Augenentzündung ein Vesicans auf beide Schläfen, das daselbst rothe Flecken hinterliess die sich bis zum Alter von drei Jahren allmälig über das ganze Gesicht und den Hals ausdehnten. Im siebenten Jahre bildeten sich im Gesichte ein Hauthorn, in den nächsten vier Jahren deren weitere fünf, die spontan abfielen mit Hinterlassung von Geschwüren, die theils vernarbten, theils zur Bildung von Fungositäten Anlass boten, welche noch zur Zeit bestanden, als Verf. den Patienten der Untersuchung unterzog. Bei dieser fand Arnozan im Gesichte und am Halse des Kranken ein Gemenge von Läsionen, Pigmentflecken, pigmentlose Stellen, Teleangiektasien, Knötchen, Geschwüre, Narben und schuppende Hautstellen. Die Pigmentflecke sind klein, lentigoartig gelb, braun, schwarz und den Uebergangsnuancen, unendlich zahlreich ohne Wahl gruppirt, isolirt oder confluirend. Die pigmentlosen Stellen sind deprimirt von verschiedener Form. Die Knötchen haben ihren Standort zumeist an der Stirn und Wange, auf Druck schmerzlos, blassroth nicht schuppend. Die Narben sind absolut farblos, glänzend. An den Handrücken derselbe Befund; die Handteller sind frei, die Nägel gesund, nicht verbildet. An den Füssen ist die Haut nicht pathologisch. An den übrigen Stellen des Integument ist nichts Abnormes zu finden. Der Eingangs erwähnte Naevus hat sich seit der Geburt nicht vergrössert, wie auch die Pigmentflecke an beiden Oberarmen, welche durch Vesicantien entstanden sind, die die Mutter dem Knaben durch vier Monate lang applicirt hatte. Die inneren Organe sind intact, der Urin zeigt nur eine Vermehrung der Chlorate, keine zelligen Elemente. Als Ursache des Xeroderma nimmt der Verf. für diesen Fall die Anwendung von Vesicantien an der Stirne an, welche die Rolle der Einwirkung starker Sonnenhitze übernahm, die das Erythema solare erzeugend, in vielen Fällen von X. pigmentosum als Gelegenheitsursache angeführt wird. Auffallend ist auch hier das Verschontbleiben von Körperstellen, welche dem Lichte nicht ausgesetzt sind, die stellenweise Atrophie der Haut, die Trockenheit derselben, das Fehlen von Farbstoffen im Harne, die Gutartigkeit der neugebildeten epithelialen Tumoren, die ihre Tendenz, sich zu vermehren bald einbüssten, dass die Narben, welche sie hinterliessen, keine Neigung zur Pigmentbildung zeigten. Den weiteren Verlauf der Krankheit konnte der Verf. nicht verfolgen.

Mosler (8). Durch Virchow's Vortrag über das Myxödem im Jahre 1887 auf den Krankheitsprocess aufmerksam geworden, beschreibt Mosler ausführlich einen Fall dieser Krankheit, der wegen der genauen

Beobachtung und seiner Verschiedenheit im Entstehen und Verlauf von den bis dahin beobachteten Fällen ein besonderes Interesse bietet. Bei einer 54jährigen, bis dahin gesunden Frau ohne hereditäre Belastung und ohne Störungen, in der sexualen Sphäre begann das Leiden vor etwa 6 Jahren angeblich in Folge von Erkältung mit Lahmheit des linken Daumens und allmäliger Schwellung der linken Hand und des linken Armes. Allmälig breitete sich die Schwellung und ein Gefühl der Schwere und Steifigkeit über den Rumpf, die rechte obere Extremität und die unteren Extremitäten aus. Erst in der letzten Zeit trat Schwellung des Gesichts und der Schleimhäute hinzu; dann Gedächtnissschwäche und andere nervöse Symptome, Apathie und Somnolenz. Die Schwellung der Haut wurde schliesslich eine allgemeine über den ganzen Körper verbreitete, von prall-elastischer Consistenz, porzellanartigem Aussehen, durchscheinend, ohne Eindrücke druckempfindlich; von Anasarka durchaus verschieden. Am Halse fielen jederseits starke Fettwülste auf. Verf. glaubt dieses Krankheitsbild vom Hautsklerem bei Erwachsenen scharf differenziren zu können, da letzteres weder die Schleimhäute mitergreift, noch mit nervösen Störungen complicirt ist. Die bacteriologische und histologische Untersuchung der von Lebenden excidirten Hautstücke (von Prof. Grawitz ausgeführt), ergab durchaus negative Resultate. Die Frage nach einem etwaigen Zusammenhange des Krankheitsprocesses mit krankhaften Vorgängen in der Schilddrüse war an Verf. Fall nicht zu lösen: Eine Palpation der Schilddrüse ergab negatives Resultat. Auffällig ist, und das betont Verf. besonders, das continuirliche Fortkriechen des Krankheitsprocesses analog den chronischen Entzündungen.

Ortmann.

Stern (9) hat in einem Falle von Xanthom in der Nähe der inneren Augenwinkel 10procentiges Sublimatcollodium vorsichtig aufgepinselt und nach Ablösung des sich bildenden Schorfs ein Schwinden der Affection, ohne dass eine Spur von Retraction eingetreten wäre, beobachtet.

O. Rosenthal.

Kraske (10). Zu den grössten Beschwerden Krebskranker gehören die Jauchungen der geschwürig zerfallenen Gewebsmollen. Diesem Uebel hilft Kraske durch Uebertragen zweier gestielter Hautlappen der Nachbarschaft auf die durch Auskratzung rein und frisch gemachte Fläche ab. Bei richtigem aseptischen Verfahren und gründlichem Entfernen alles Zerfallenen tritt Prima intentio ein. Die wunden Flächen der Lappen können durch Thiersch'sche Hauttransplantation gedeckt werden. Die letztere kann auch auf die Krebswunde angewendet werden. Horowitz.

Wieherkiewicz (11) beobachtete einen Fall, welcher sich von den gewöhnlich beobachteten Casus dadurch unterschied, dass die ersten sarkomatösen Knoten nicht wie in der Regel an den Händen und Füssen (Kaposi) erschienen, sondern von einem Pigmentmale an der Wangenhaut ihren Ursprung nahmen, und dass der Krankheitsverlauf sich als ein ungemein rascher erwies, da nach Ablauf von 14 Monaten der Process abgesehen von der Haut und den Schleimhäuten auch auf die inneren Organe übergegangen war, in dessen Folge die 80 Jahr alte Kranke an profusen Lungenblutungen und Entkräftung zu Grunde ging. v. W.

De Luca (12). Bei einer 37jährigen Frau, Mutter von neun Kindern, begann bald nach ihrer letzten Entbindung — in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft hatte sie zuerst an Urticaria, dann an einem hartnäckigen Eczem gelitten — die Entwickelung von röthlichen, wenig juckenden Knoten, welche nach und nach ziemlich beträchtliche Dimensionen annahmen. Diese Knoten entstanden, wuchsen und involvirten sich im Zeitraum von sechs

Monaten, ohne in Verschwärung überzugehen. Sie traten successive in folgender Ordnung auf: zuerst am Kinn, dann an der linken Wange, am Halse, an der rechten Brusthälfte, in der Gegend des linken Sprunggelenkes, an der rechten Wange, an der rechten Hälfte des Kinnes, an der rechten Tibia, an der Stirn und zuletzt an den Augenlidern. Zur Zeit der Aufnahme hatte die Kranke 25 Knoten an der rechten, 10 an der linken Körperhälfte. Auf Grund des raschen und cyklischen Verlaufes, der überwiegenden Localisation im Gesicht und der verhältnissmässig schnellen Involution vieler Knoten glaubt De Luca eine multiple Sarkomatose ausschliessen zu können; auch für die Diagnose Lepra oder Syphilis findet er keine Anhaltspunkte. Mit Rücksicht auf den klinischen Verlauf und den mikroskopischen Befund, welcher die Zusammensetzung der Knoten aus Granulationsgewebe ergab, hält De Luca die Diagnose Mycosis fungoides für begründet. Wiewohl ihm der Nachweis und die Cultur der Auspitz'schen Coccen nicht gelang, spricht er sich doch für den infectiösen Charakter der Mycosis fungoides aus.
Dornig.

Bidwell W. D. Ein Fall von Vitiligo. Med. Reg. Philadelphia 1887. — **Broca** A. Hautcancroide. Gaz. hebdom. de méd. Paris 1887. — **Brown** W. R. Elephantiasis scroti. Indian. Med. Gaz. Calcutta 1887. — **Machiavelli** P. Ueber Pruritus senilis. Gazz. med. ital. lomb. Milano 1887. — **Mapother** E. D. Elephantiasis. Med. Presse. Circ. London 1887. — **Reid** T. Xeroderma pigment. Glasgow Med. Journ. 1887. — **Rohé** G. H. Keratosis senilis und Epitheliom. Tr. Med. and Surg. Fac. Baltimore 1887. — **Variot** H. Hautveränderungen bei angeborener Melanodermie. Arch. de physiol. norm in et pathol. Paris 1887. — **Ward** E. B. Die Kahlheit und deren Behandlung. Med. Age. Oct. 1887.

Parasiten und parasitäre Affectionen.

1. **Juhel-Rénoy.** De la trichomycose nodulaire. — Ann. de derm. et de syph. Dec. 1888.

Im Jahre 1888 machte Desenne in Columbien auf eine dort häufig vorkommende parasitäre Erkrankung der Haare aufmerksam, welche dort unter dem Namen der „Piedra“ bekannt ist. Später scheint diese Krankheit auch in England beobachtet worden zu sein. Juhel-Rénoy (1) war in der Lage, an ihm eingesandten Piedrahaaren, welche von einem in Columbia lebenden europäischen Schwesternpaar stammen, die Piedra zu studiren und den Nachweis der parasitären Natur der Krankheit zu liefern; Piedrakranke selbst hat der Verfasser nicht gesehen. Er beschreibt die Affection folgendermassen: Durch die Piedra werden die Haare, wenn sie eine gewisse Länge erreicht haben, zart wie Lanugo. Streicht man aber dieselben mit der Hand, so fühlt man stellenweise an denselben kleine Erhabenheiten, welche mit freiem Auge nicht gut zu controliren sind, aber unter der Lupe sichtbar werden und deutlich hervortreten. Diese knotigen Erhabenheiten markiren sich für das freie Auge besser, wenn man das Piedrahaar auf einem weissen Blatt Papier ausspannt, weil sie durch die Farbe, die heller ist als jene des Haares selbst, abstechen. Die Knötchen fühlen sich hart an (daher ihr Name Piedra-Stein) und leisten zuweilen auch dem einschneidenden Messer einigen Widerstand. Streicht man mit dem Kamme durch die Haare, so vernimmt man eine gewisse Crepitation. In der Folge verfilzen sich in vivo die Haare in hohem Masse, wodurch der Träger einen charakteristischen speciellen Ausdruck seiner Kopfbehaarung erhält, nicht unähnlich dem durch die Plica. Bei einiger Vergrösserung bemerkt man, dass die Nodositäten eine Art Ring

um das Haar bilden, der eine nicht sehr dichte Consistenz hat und noch immer das Haar, das durch ihn passirt, durchscheinen lässt. Die Distanz der einzelnen Ringe von einander ist verschieden. An einem 60 Ctm. langen Haare konnte der Verfasser deren dreiundzwanzig zählen. Die Histologie der Piedra, für welche der Verfasser den wissenschaftlichen Namen Trichomycosis nonense oder nodulaire aufstellt, ist nachstehende. Nachdem das Haar entfettet worden war und durch sechs bis sieben Minuten in einer vierzigprocentigen siedend heissen Kalilauge gelegen hatte, kann man bei etwas stärkerer Vergrösserung (Obj. 1, Oc. 1) wahrnehmen, dass die Knoten, welche das Haar mehr minder ganz ringförmig umgeben, nichts anderes sind als Haufen von Sporen, welche ungemein lichtbrechend sind und durch eine gelbgrüne Masse zusammengehalten werden, welche aber unter dem Mikroskop nur einige Minuten lang sichtbar bleibt, wahrscheinlich unter demselben schmilzt, dadurch aber das Mosaik der Sporen mehr zur Geltung bringt. Diese Masse setzt sich aus compacten Colonien von stäbchenförmigen Gebilden zusammen, welche wahrscheinlich der Piedra ihre Härte verleiht. Der Durchmesser der Sporen, $^1/_{100}$ Mm., ist doppelt so gross als jener der Sporen des Trichophyton. Die Form der Sporen ist verschieden. Einzeln gesehen, erscheinen sie bald langoval, bald in polyedrischen Figuren mit abgestumpften Ecken. Verfasser hält diesen Sporus für den pathogenen Pilz der Piedra. In allen Präparaten und bei allen Untersuchungsarten (in Wasser, Kalilauge, Glycerin, Jodtinctur) fand er neben dem Sporus die Stäbchenformen, welche oft so zahlreich sind, dass sie den Sporus ganz verdecken. Die Stäbchen sieht man erst bei sehr bedeutender Vergrösserung (Oc. 3, Obj. 8); deren Bedeutung konnte Verfasser bisher nicht erkennen. Er hält sie nicht für Mycelien dieser Sporen. Sie haben einen fünfzigfach kleineren Diameter als die Sporen und eine selbstständige Bewegung. In einigen Präparaten fanden sich auch wahrscheinliche Mycelien des Sporus vor. Die Culturen desselben sowie deren vermeintliche Mycelien zeigen, dass die Fructification eine sehr lebhafte ist. Der Verfasser konnte auch nachweisen, dass der Parasit das Innere des Haares ganz verschont, nur an seiner Oberfläche sich aufhält, also der medulläre Canal des Haares und daher auch der Bulbus ganz intact bleibt. Diese Befunde erlauben die Annahme, dass die Affection contagiös ist. Die Behandlung derselben bestünde, so lange man nicht das entsprechende Parasiticidum gefunden hat, einfach im Abschneiden der Kopfhaare, da ja aus dem oben Gesagten hervorgeht, dass das nachwachsende Haar immer gesund sein muss.

Greenough F. B. Bemerkungen über Pediculosis. Boston Med. and Surg. Journ. 1887. — **Mik** J. Ueber H. Dr. Joseph's Beobachtungen parasitisch lebender Hypodermenlarven. Deutsche med. Ztg. Berlin 1887. — **Verujski.** Morphologie und Biologie des Trichophyton tonsur. und Achor. Schönleinii. Ann. de l'inst. Pasteur 1887.

II.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** in Breslau.)

Varia.

1. **Nicolich.** Resoconto sanitario della spedale civico di Trieste per l'anno 1887 (Sezione sifilopatica). — Trieste, 1888. Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1888, 3.
2. **Pellizzari Celso.** Prostituzione e profilassi pubblica della sifilide. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1888, 1.
3. **Stewart.** On a Case of Epileptiform Convulsion following the Use of Cocaïne as an Urethral Anaesthetic. — Ref. aus Med. Progress, 18. Aug. 1888 in The London Med. Record Nr. 162 Old Series.
4. **Bolton Bangs.** On Spasmodic Urethral Stricture from Anal Fissure. — The Med. Record. New-York, vol. 35, Nr. 4.
5. **Duke** Alexander. Irritable Bladder and Frequent Micturition in Females. — Ref. aus The Med. Press in The Med. Record. New-York, vol. 35, Nr. 1.
6. **Ihle** M. Beitrag zur Phimosisoperation. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1889, Nr. 4.
7. **Harrison** Reginald. The fibromatous prostate. — Brit. Med. Journ., 19. Jan. 1889.
8. **Davis** D. S. Electrolysis in prostatic alterations. — The Journ. of the Americ. Med. Associat., 2. Febr. 1889.
9. **Gardner** William. The cause and prevention of urethral fever Montreal. — Med.-Chir. Soc., 11. Jan. 1889. Ref. aus Med. News, 26. Jan. 1889.
10. **Chauffard.** Corne du gland. Société méd. des hôpit. 26. Oct. 1888.
11. **Barker.** Aeusserlicher Gebrauch des Jodoforms in Emulsion. — Brit. Med. Journ., 1. September 1888.
12. **Peser.** Epididymite double de nature probablement tuberculeuse. — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 61.

Nicolich (1) hat auf der von ihm geleiteten Abtheilung für Geschlechtskranke des städtischen Krankenhauses in Triest bis Ende 1887 im Ganzen 368 intramusculäre Calomelinjectionen (à 0·1 Calomel in Glycerin suspendirt) gemacht und dabei einundzwanzigmal Abscessbildung beobachtet; die Vereiterung betraf stets nur den Stichcanal. Wie Nicolich hervorhebt, kann die Methode Scarenzio-Smirnoff in jedem Alter und in allen

Stadien des Syphilisprocesses mit Erfolg angewendet werden und übertrifft an Wirksamkeit jede andere Hg-Behandlung, die Inunctionscur nicht ausgenommen. Dornig.

Pellizzari (2) kritisirt in einem an den Minister des Innern gerichteten offenen Schreiben die in Italien bestehenden Massregeln zur Verhütung der Syphilis, beleuchtet die Uebelstände, welche die Detention aller krank befundenen Prostituirten in besonderen Anstalten (Sifilicomii) im Gefolge hat und befürwortet die bedingungslose Aufnahme geschlechtskranker Mädchen in jedes öffentliche Krankenhaus. Dornig.

Stewart (3) injicirte einem zweiunddreissigjährigen Manne, dem er das Urethrotom von Otis einführen wollte, anderthalb Drachmen einer vierprocentigen Cocaïnlösung in die Harnröhre. Darauf führte er eine Stahlsonde Nr. 30 (Charrière) ein, nach deren Entfernung Patient plötzlich über Schwindel klagte. Die Glieder desselben wurden starr und er verlor das Bewusstsein. Nach einer Minute ungefähr erholte er sich, sank dann aber zurück und bekam heftige klonische Krämpfe, die im Gesicht begannen und den ganzen Körper überzogen. Während derselben zeitweiser Stillstand der Respiration und zunehmende Häufigkeit und Schwäche der Herzaction. Die Krämpfe dauerten zwei bis drei Minuten, während welcher der Patient tief cyanotisch wurde. Allmälig erlangte er das Bewusstsein wieder und nach etwa einer Stunde konnte er den Arzt verlassen. Später wurde seine Urethra mit Otis'schen und Stahlsonden ohne jeden Zwischenfall dilatirt. Sternthal.

Bolton Bangs (4) behandelte einen Maler, der nach einem Anfalle von Bleikolik Schmerzen im Rectum bekam, die am stärksten vor und nach jedem Stuhlgange auftraten und sich allmälig bis zu grosser Intensität steigerten. Damit hatte sich schwere Urinentleerung eingestellt, die proportional den Schmerzen bei der Defäcation zunahm, bis zuletzt der Urin trotz starken Pressens nur noch tropfenweise und mit Schmerzen im Penis und Becken abging. Schliesslich musste Patient katheterisirt werden, bekam noch eine Urethritis und gelangte in höchst desolatem Zustande in die Behandlung des Verfassers. Derselbe fand drei sehr schmerzhafte Fissuren des Anus, diesen selbst sehr empfindlich und die Sphincteren stark contrahirt. In Narkose Dehnung der Sphincteren mittelst der Finger, Urethra nicht behandelt. Danach schwanden allmälig alle Symptome Seitens der Harnröhre und schon nach zehn Tagen passirte eine Bougie Nr. 30 (französischer Massstab) leicht bis zur Blase. Verfasser fasst die permanente Contraction der Muskeln in den hinteren Theilen der Urethra als Reflexwirkung auf, ausgelöst von der Reizung des Sphincter ani. Sternthal.

Duke (5). In einer Reihe von Fällen von „irritable bladder“ bei Frauen findet sich, dass der Meatus extern. urethrae anormal gestaltet ist, nämlich kleiner als sonst und sehr fein. Diese Form der Erkrankung wird leicht durch Dilatation des Meatus geheilt. Bei Vornahme der Dehnung fiel es Duke auf, dass — obwohl er die Blase mittelst Katheter scheinbar völlig entleert hatte — eine bedeutende Menge Urin noch entwich — die der mit Katheter entleerten gleich war — wenn die Blätter des Dilatators voll geöffnet waren. Woher diese Harnmenge jeweilen stammte, blieb unaufgeklärt; Aussackungen der Harnblase hält Verfasser für ausgeschlossen. Haben die häufigen Harnentleerungen ihre Ursache in einem verminderten Tonus der Blasenmusculatur, so verordnete Duke mit gutem Erfolge eine Mischung von Tinct. ferri muriatici, Kanthariden und Nux vomica. (Ueber die Dosirung ist nichts bekannt. Ref.) Als letztes Zufluchtsmittel, das in anscheinend hoffnungslosen Fällen oft noch die befriedigend-

sten Resultate gibt, empfiehlt Verfasser den galvanischen Strom. Auf diese Weise wurde eine Dame geheilt, welche schon fünf Jahre einen Harnrecipienten getragen hatte. Sternthal.

Ihle (6) führt zur Circumcision unter Cocaïnanästhesie das Messer zuerst ringförmig um die Eichel, ohne die Vorhaut dabei zurück- oder vorzuziehen, in der Mitte zwischen Orificium und Corona und schneidet zunächst das ganze äussere Blatt durch. Da das innere Blatt resistent ist und zwischen diesem und dem äusseren eine Bindegewebsschicht liegt (Ihle nennt sie dritte Lamelle), welche noch durch die Cocaïninjection aufgeschwollen ist und nach Durchschneiden der äusseren Haut hervorquillt, so fürchtet er nicht, die Eichel zu verletzen. Hierauf wird mit einer geraden, geknöpften Scheere das schon abgeschnittene äussere Blatt sammt mittlerem und innerem in der Längsrichtung des Gliedes gespalten, letzteres bis zum Ansatz an die Eichel. Ist das Frenulum nicht lang genug und hemmt es das vollständige Zurückklappen des inneren Blattes, so wird es doppelt unterbunden und durchtrennt, eventuell durch eine oberflächliche Quernaht die Spalte geschlossen. Dann erst wird das innere Blatt abgeschnitten, ungefähr $^1/_2$ Ctm. von seinem Ansatz, doch so, dass beiderseits ein $^3/_4$ bis 1 Ctm. breites Stück am Dorsum erhalten bleibt, während es sich nach dem Frenulum verjüngt. Nun wird das mittlere Blatt dicht an der Corona glandis abgeschnitten und somit die ganze Vorhaut entfernt. Das äussere Blatt wird mit dem inneren mittelst Knopfnaht vereint. Die beiden Lappen des inneren Blattes werden durch eine dünne Quernaht verbunden. Der Operirte bleibt mit Eisblase auf dem Gliede drei bis vier Tage im Bette. Verbunden wird mit Jodoformäther und zwanzigprocentiger Ichthyolwatte. Um die noch empfindliche Eichel zu schützen, lässt Ihle einige Zeit eine Bandage in Form eines Unna'schen oder des von ihm modificirten Langlebert'schen Suspensoriums tragen. Sternthal.

Nach Harrison (7) ist von der gewöhnlichen, bei älteren Männern häufig vorkommenden Hypertrophie der Prostata eine seltenere Erkrankung, die fibromatöse Veränderung, zu unterscheiden. Während die erstere niemals Urinbeschwerden verursacht, ist dies bei der letzteren stets der Fall. Die leichteste Form derselben, bei der die Untersuchung mit dem Finger vom Rectum aus eine Induration der Prostata erkennen lässt, verursacht oft plötzlich, weniger nach Excessen im Trinken und Geschlechtsgenuss, als nach Durchnässung und Erkältung, durch mässige Schwellung der Prostata eine Retentio urinae, welche durch täglich wiederholtes Katheterisiren und warme Umschläge auf das Perineum in der Regel bald verschwindet. In anderen Fällen, in denen man vom Rectum aus nicht allein eine vergrösserte, sondern auch harte, knotige Prostata von beträchtlicher Resistenz fühlt, tritt oft eine mehr oder weniger heftige, Tag und Nacht fortbestehende Blasenreizung mit excessiver Schleimabsonderung ein, welche weder von selbst, noch durch Katheterisirung nachlässt. In den hochgradigsten Fällen kann die Prostata durch fibröse Excrescenzen Steine vortäuschen und es kommt hierbei nicht allein zu intensiver Blasenreizung und -Entzündung, sondern auch zu einer so starken Schleimabsonderung, wie sie niemals bei wirklichen Blasensteinen vorhanden ist. Zeising.

Nach Davis (8) ist die Elektrolyse nicht nur bei allen Stricturen der Urethra anwendbar, sondern auch bei vielen krankhaften Veränderungen der Prostata von dauerndem Nutzen. Sie hat einen anästhesirenden Einfluss auf die Nervenendigungen an der Applicationsstelle, sie beseitigt spastische Stricturen der Urethra prostatica, indem der Krampf in Folge der fortgesetzten Ueberreizung folgenden Muskelerschöpfung nachlässt; sie

macht durch natürliche, reproductive Processe die Ausdehnung und Erschlaffung zu einer dauernden; sie wirkt resorbirend und schafft dem Patienten Erleichterung. Zeising.

Gardner (9) glaubt den Symptomencomplex des Urethralfiebers nur aus der Resorptionswirkung toxischer Stoffe des Urins erklären zu können. Zwar könne man annähernd die verschiedenen Typen genannter Affection der Urämie oder Septikämie zuschieben oder schliesslich auf nervöse Reflexerscheinungen beziehen, jedoch decken sich in keinem Falle die Symptome völlig. Das Urethralfieber tritt in folgenden Formen auf: 1. Wenige Stunden nach der Operation mit Unterdrückung der Urinsecretion und baldigem Exitus letalis. 2. Wenige Stunden nach der Urinentleerung, zwei bis drei Tage dauernd. 3. Monatelang intermittirender Typus. 4. Als Status typhosus, besonders bei falschen Wegen. Zwei bis drei Wochen dauernd und von schlechter prognostischer Bedeutung. Ohne auf eine specielle Erörterung dieses bekannten Themas eingehen zu wollen, bemerken wir nur, dass in letzterem Falle die septikämischen Erscheinungen genügenden Aufschluss über die Herkunft des Fiebers zu geben scheinen. Sehr richtig entwickelt Gardner, wie unter antiseptischen Cautelen und Sorge für genügenden Abfluss des Urins durch Drainage etc. das Auftreten des Urethralfiebers zu vermeiden, meist in der Hand des Arztes liegt. Loewenhardt.

Chauffard (10) demonstrirte ein $3^1/_2$ Ctm. langes und $2^1/_2$ Ctm. dickes Hauthorn von der Glans eines neunundsechzigjährigen Mannes, welcher vor einigen Jahren wegen eines kleinen Papilloms am Frenulum operirt worden war. Nach zwei Jahren fiel es spontan ab und es zeigte sich bei der mikroskopischen Untersuchung, dass es ein verhorntes Papillom sei. Dann erschien es wieder und störte den Patienten beim Gehen recht erheblich. Jadassohn.

Barker (11) empfiehlt folgende Jodoformemulsion als ganz besonders brauchbar: Krystallinisches Jodoform 10·0; Aq. destill. (heiss) 20·0; Glycerin 70·0; am besten wird die Mischung, wenn zuerst das Jodoform mit wenig Alkohol angefeuchtet wird.

Peser (12) bespricht einen Fall von Urethritis und doppelseitiger Epididymitis und Funiculitis; bei Rectaluntersuchung ergab sich ausserdem auch Vergrösserung der Prostata. Peser hält die Erkrankung in diesem Falle für eine tuberculöse, wofür der schlechte Ernährungszustand des Kranken, eine Erkrankung beider Lungenspitzen, die beiderseitige Epididymitis und die lange Dauer der Erscheinungen (seit einem Monate) sprechen. Galewsky.

Gonorrhöe und deren Complicationen.

1. **Dinkler.** Zwei Fälle von Ulcus perforans corneae nach Conjunctivaltripper (Trippercoccen im Gewebe). — V. Graefe's Arch. f. Ophthalmologie XXXIV, 3. Ref. Centralbl. f. prakt. Augenheilk., Jänner 1889.
2. **Hayem et Parmentier.** Contribution à l'étude des manifestations spinales de la blennorrhagie. — Revue de méd. 1888, Nr. 6.
3. **Aubert.** Localisation de la blennorrhagie chez la femme. — Société des sciences méd. de Lyon, Juli 1888. Ann. des mal. des org. gén.-urin., Déc. 1888.
4. **Fragne.** De la conjonctivite blennorrhagique séro-vasculaire sans inoculation. — Thèse de Paris 1888.
5. **White.** Oophorectomy in Gonorrhoeal Salpingitis. — Brit. Med. Journ., 1889, Nr. 1467, 9. Febr.

6. **Perchet.** De l'arthrite blennorrhagique. — Thèse de Paris 1888.
7. **Fournier.** Blennorrhagique arthropathie déformante et amyotirophique. — Réunion clin. hebdomad. des médecins de l'hôpital Saint-Louis, 29. Nov. 1888. Ann. de derm. et de syph. 1889, 1.
8. **Paolucci** Contribuzione allo studio dell' artrite blennorragica. — Giorn. internaz. delle sc. med. 1888, Nr. 12.
9. **Philpot.** Gonorrhoeal rheumatism occurring at the age of nine years. — The London Med. Record, 21. Jan. 1889. Ref. aus Lancet, 6. Oct. 1888.
10. **Baisle.** Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. Thèse de Paris 1888.
11. **Champeil.** Contribution à l'étude des cystites tardives dans la blennorrhagie. — Thèse de Paris 1888.
12. **Misiewicz (Lodz).** Reflexneurosen im Gebiete des uropoëtischen Apparates, bedingt durch Urethralaffectionen. — Przeglad Lekarska 1888.
13. **Britton** S. H. Specific urethritis. — Read in June 1888 before the Marion Co. Society. Philadelphia Med. Times, 1. Dec. 1888.
14. **Smith** C. J. A new and rational treatment for gonorrhoea. — The London Med. Record., 21. Jan. 1888. Ref. aus Lancet, 1. Sept. 1888.
15. **Leubuscher.** Antrophore gegen Gonorrhöe. — Centralbl. f. klin. Med. 1889, Nr. 7.
16. **Teixeira.** Thallin in gonorrhoea and gleet. — The London Med. Record., 21. Jan. 1889. Ref. aus Lancet, 1. Sept. 1888.
17. **Diday.** Dose nécessaire pour le traitement abortif de la blennorrhagie. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 1.
18. **Impallomenti** Turpura. Injection for gonorrhoea. — Tarmaventivo Italiano. Ref. aus St. Louis Med. and Surg. Journ., Jan. 1889.
19. **Zeisler** Joseph, Prof. in Chicago. A new method of treating gonorrhoea. — Vortrag, gehalten am 17. Dec. 1888 in der Chicago Medical Society. The Med. Record, 19. Jan. 1889.
20. **Du Castel.** Traitement antiseptique de la blennorrhagie. — Union méd., 13. Sept. 1888.
21. **Distin-Maddick.** Die Harnröhrenstrictur, ihre Diagnose und Behandlung, erleichtert durch die Anwendung neuer und einfacher Instrumente. — Deutsch von G. Noack, Tübingen 1889.
22. **Harrison.** Treatment of thigt urethral Strictures. — Lancet, 29. Sept. 1888.
23. **Rizat.** Observations de rétrécissements étroits du canal de l'urèthre, sans fistule ou avec fistule, traites et guéris par la dilatations temporaire progressive. — Ann. des mal. des org. gen.-urin. 1888, Nr. 10.
24. **Guyon.** Fausses routes de l'urèthre. — Ann. des mal. des org. gen.-urin., Dec. 1888.
25. **Fort** J. A. Rétrécissement de l'urèthre. — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 12.
26. **Chapiet.** Rétrécissement de l'urèthre. Electrolyse linéaire. — Gaz. des hôpit. 1889, 24.
27. **Lavaux.** Résultats éloignés de l'électrolyse linéaire appliquée au traitement des rétrécissements de l'urèthre. — Semaine méd. 1889, Nr. 6.
28. **Newmann** Robert. Success and Failure of Electrolysis in Urethral Strictures, Especially Dr. Keyes' Method Reviewed. — Philadelphia Med. Times, vol. XIX, Nr. 547.
29. **Gardner.** Electrolysis in the treatement of organic stricture in the male Urethra. — Lancet 1888, pag. 297.

30. **Palmer.** Some points in the management of urethral stricture. — The Americ. Practitionner and News, 7. Juli 1888.
31. **Kumar.** Ein seltener Fall von Harnröhrenstrictur. — Wiener med. Blätter 1889, 7.
32. **Jullien.** Considérations pratiques sur le traitement des orchi-epididymites. — France méd. 1889, Nr. 10.
33. **Foulerton.** Harnröhreninjector. — Lancet, 16. Feb. 1889.
34. **Assaky.** Deux instruments nouveaux. — Arch. roumaines 1889, Nr. 9.
35. **Lanz** Alfred. Ein neuer Irrigationskatheter für die Harnröhre. — Monatsschr. f. prakt. Derm. 1889, Nr. 2.
36. **Berkeley Hill.** Irrigation of the bladder in cystoscopy. — Lancet, 26. Jan. 1889.
37. **Cruise.** On irrigation of the bladder in cystoscopy. — Lancet, 23. Sept. 1889.
38. **Hall** C. H. H. Clinical Notes on Electro-Therapeutics. — The Med. Record, New-York, vol. 34, Nr. 24.
39. **Szabó.** Ueber die Behandlung der Endometritis mit Chlorzink. — Pester med.-chir. Presse 1889, 9.

Dinkler (1) hatte Gelegenheit, zwei wegen Vereiterung der Cornea bei Blennorrhöe exenterirte Augen, das eine von einem zweijährigen Mädchen, das andere von einem zweiundzwanzigjährigen Manne, mikroskopisch zu untersuchen. Im ersten Falle war der Process schon weiter gediehen, es bestanden aber wirklich nur quantitative Unterschiede zwischen den beiden Präparaten. Ausserordentlich wichtig ist es, dass es Dinkler gelungen ist, im Plattenepithel der Cornea, sowie in ihrem und im Bindegewebe der Iris Gonococcen nachzuweisen (Färbung zehn Minuten in Löffler'schem Methylenblau, Entwässerung in Alkohol mit oder ohne vorherige Einwirkung von Tropäolin-Essigsäure, Cedernöl), welche in typischer Weise in den Zellen lagen und sich nach Gram alle entfärbten; Staphylococcen waren nicht nachweisbar. Es wäre mit diesem Befunde, wenn er sich bestätigen sollte, die Behauptung Bumm's, dass die Gonococcen sich nur im Cylinderepithel und in den oberflächlichsten Schichten des sich an dieses anschliessenden Bindegewebes auszubreiten vermögen, widerlegt. Nachuntersuchungen wären bei der Bedeutung der Frage ausserordentlich erwünscht.

In den beiden Fällen Hayem's und Parmentier's (2) traten — ebenso wie in drei anderen, aus der Literatur entnommenen Fällen — zu schwereren, als gonorrhoisch gedeuteten Gelenkleiden nervöse Erkrankungen hinzu, welche auf eine Betheiligung des Rückenmarkes selbst oder seiner Häute schliessen liessen und welche von den Verfassern auch als Meningitis, respective Myelitis gonorrhoïca gedeutet werden. Es waren theils Sensibilitätsstörungen (Neuralgien, Parästhesien etc.), theils Motilitätsstörungen, theils auch beide combinirt; die nervösen Affectionen waren stets auf die unteren Extremitäten beschränkt und hielten einige Wochen bis mehrere Jahre an. Wie weit dieselben wirklich gonorrhoischer Natur waren, muss dahingestellt bleiben.

Aubert (3) hält in Uebereinstimmung mit Horand und Eraud die Urethra für den Hauptsitz der weiblichen Gonorrhöe und damit auch für den wesentlichsten Infectionsort der männlichen Gonorrhöe; er leugnet die gonorrhoische Vulvitis und vor Allem auch die Vaginitis, denn in dem sauren Secret der Vagina können die Gonococcen nicht existiren. Im Blut, im Eiter mehrerer Arthritiden konnte er Gonococcen bisher nicht auffinden und bezweifelt demgemäss die specifische Natur der sogenannten Allgemeinerscheinungen der Gonorrhöe. — Jullien meint in der Discussion, dass

die Gonococcen im Uterinsecret (Cervix und Corpus) häufiger seien als in der Urethra und hält auch die Mehrzahl der Salpingitiden, Perimetritiden etc. für rein gonorrhoisch; er will im Blut, im Gelenkinhalt und bei der „Vaginalitis“ Gonococcen nachgewiesen haben (?). Den gonorrhoischen Rheumatismus behandelt er mit angeblich gutem Erfolge mit subcutanen Sublimatinjectionen. Endlich berichtet er über eine, wie er meint, ganz charakteristische und zweifellos nur auf der Gonorrhöe beruhende (ohne Gebrauch der Balsamica) auftretende Roseola, von der er einen sicheren Fall gesehen haben will. Jadassohn.

Fragne (4) bespricht die nicht durch Uebertragung entstandene blennorrhagische Conjunctivitis, eine milde, langsame und gutartig verlaufende Conjunctivitis, die mit Röthung und Schwellung der Conjunctiva bulbi, besonders im äusseren Augenwinkel, einhergeht, meist von leichtem, serösem Oedem begleitet ist. Meist erkranken beide Augen. Die Affection zeigt im Verlaufe derselben Blennorrhöe sowohl, als neuer Infectionen die Neigung, zu recidiviren. Sie entsteht nicht durch directe Uebertragung, sondern nach Art des blennorrhagischen Rheumatismus häufig gleichzeitig mit diesem aus demselben ätiologischen Moment, dessen Natur wir bisher nicht kennen. Finger.

White (5) konnte bei einer Puella, bei welcher sich — trotzdem die äusseren Genitalien derselben untersucht und gesund gefunden worden waren — vier junge Leute mit sehr heftiger Gonorrhöe inficirt hatten, einige Zeit nach der Infection eine unter den heftigsten Erscheinungen auftretende Salpingitis constatiren, welche nach einer kurzen Remission exacerbirte und dem Autor eine Radicaloperation als das einzige sichere Mittel erscheinen liess. Bei der Operation zeigte sich die linke Tube enorm geschwollen und sie platzte bei der Herausnahme. Trotzdessen ging die Heilung schnell vor sich. An diesen Fall — leider fehlt eine genaue mikroskopische Untersuchung, bei welcher die Frage, ob die Salpingitis hier eine Mischinfection oder wirklich specifisch gonorrhoisch gewesen sei — schliesst White Bemerkungen über die Diagnose und die Bedeutung der weiblichen Gonorrhöe an. Bezüglich der letzteren steht er auf einem — allmälig wohl wieder allgemeiner werdenden — „gemässigten“ Standpunkte, indem er die Nöggerath'schen Anschauungen als übertrieben verwirft und aus seiner eigenen Praxis Gegenbeweise gegen dieselbe herbeizieht. Die Zeit der mikroskopischen Diagnose der Gonorrhöe beim weiblichen Geschlecht hält der Verfasser für noch lange nicht gekommen; für den, der gar nicht mikroskopisch zu prüfen versucht, wird sie freilich nie kommen. Jadassohn.

Perchet (6) sieht den blennorrhagischen Rheumatismus als directe Folge der Einwanderung der Gonococcen in die Gelenke an, wobei er die Frage, warum derselbe nur in gewissen Fällen entsteht, durch die verschiedene Resistenzfähigkeit der Gelenke erklärt. Die Blennorrhöe könne eben auch lange Zeit local verlaufen, bis plötzlich, wie bei der Tuberculose, eine allgemeine Antoinfection erfolgt. Finger.

Fournier (7) stellt einen Patienten vor, der zum zweiten Male an blennorrhagischem Rheumatismus erkrankt, einmal Verbildungen, Verkrümmung und Verdickung der Finger, dann aber auch Atrophie der Interossei und der Musculatur des Vorderarmes, besonders links, darbietet. Dabei sind die Reflexe der Patella erhöht, die Unterextremitäten zeigen epileptoides Zittern, so dass Fournier den Fall als spinalen blennorrhagischen Rheumatismus den Fällen Charcot's und Hayem's anschliesst. Finger.

Paolucci (8) sieht in der Gonorrhöe die erste, nothwendige und unerlässliche Bedingung für das Zustandekommen einer Arthritis blennorrhagica: Auf der Einwanderung von Gonococcen aus der Harnröhre auf dem Wege der Blut- und Lymphgefässe in die Gelenke beruhe der Tripperrheumatismus in erster Linie. Dass dabei noch andere Ursachen, namentlich Erkältungen, mitwirken können, will Paolucci nicht leugnen, doch komme, wie er glaubt, letzteren nur eine secundäre Bedeutung zu. Der Grund, warum sich nicht in jedem Falle von Gonorrhöe Gelenksaffectionen entwickeln, liege in der Widerstandskraft der gesunden Gewebe gegen die specifischen Krankheitserreger. Dornig.

Philpot (9) fand bei der Untersuchung eines neunjährigen Mädchens, das wegen Schmerzen beim Wasserlassen, eiterigen Ausflusses aus der Vagina, Schmerzen im Nacken, im Verlauf der Bicepssehnen beider Beine und im linken Fusse in das „Victoria Hospital for Children" aufgenommen wurde, das Gelenk zwischen dem ersten Os cuneiforme und Metatarsus roth, heiss, geschwollen und sehr schmerzhaft, ausserdem äusserste Empfindlichkeit entlang der Plantarfascie bis zur Innenseite der Ferse. Kein anderes Gelenk war befallen. Die Labien zeigten starke Schwellung; es entleerte sich dicker Eiter. Der Fuss wurde in Gyps gelegt, Schmerzen und Schwellung nahmen allmälig ab. Die Mutter des Kindes gab an, dass dasselbe dreimal von einem jungen Manne attakirt worden sei, der, wie es schien, kurz vorher wegen Gonorrhöe behandelt worden war. Zeising.

Baisle (10) erhebt Zweifel über die Natur der blennorrhagischen Arthritis insofern, als es bisher nicht sichergestellt ist, ob der der Blennorrhöe eigene Mikroorganismus stets dieselbe erzeugt, oder auch andere ätiologische Momente — anderweitige Mikroorganismen — bei der Entstehung des Rheumatismus eine Rolle spielen. Finger.

Champeil's (11) Ausführungen gipfeln in dem Satze, der Tripper kann noch zwanzig bis vierzig Jahre nach seiner scheinbaren Heilung Cystitis erzeugen. Champeil bespricht die Fälle übersehener Urethritis posterior chronica, die, nicht behandelt, noch nach langer Zeit auf irgend eine Ursache eine Fortsetzung des Processes auf Nebenhoden und Blase erzeugen kann. Die Cystitiden sind meist am Blasenhalse localisirt, sind oft hartnäckig, neigen zu Recidiven, Fortsetzung auf das Nierenbecken. Stets haben die Patienten während der Zeit scheinbaren Freiseins von der Blennorrhöe noch Tripperfäden im Urin. Finger.

Misiewicz (12). Das Resultat seiner durch zahlreiche Krankengeschichten illustrirten Betrachtungen resumirt Verfasser folgendermassen: Es existirt ein Causalnexus zwischen manchen nervösen, auf reflectorischem Wege entstandenen Affectionen und den pathologischen Processen, die sich in der Urethra und deren Umgebung abspielen. Es existirt ein hyperästhetisches Urethralgebiet (Area sensitiva), das auf einige scharf begrenzte Stellen des Canals beschränkt ist, und zwar wären dieselben: die Schleimhaut an der hinteren Fläche der Pars prostatica, an den Ausführungsgängen der Ductus ejaculatorii, an der Raphe bis in die Cowper'schen Drüsen beim Manne; die Schleimhaut des Vorhofes in der Gegend der Clitoris und des Urethralostiums bis zum M. constrictor cunni beim Weibe. Ein ganzes Heer verschiedenartiger Neurosen, wie Impotenz, Enuresis, Diabetes, Albuminurie, Milztumor, Tenesmen und gewisse Formen von Blasenlähmungen sah Verfasser hervorgerufen durch chronische, katarrhalische Affectionen des genannten Gebietes (Gonorrhöe); durch Infiltrate und Narben, die als Folgen derselben daselbst zurückbleiben, durch Tumoren und Verhärtungen der Prostata; wahrscheinlich auch können Polypen derartiges zu

Stande bringen. Analoge Erscheinungen können auftreten als Folgen von Venenerweiterungen, Rhagaden, Hypertrophien oder bei Anwesenheit fremder Körper (Schmarotzer) sowohl im Rectum als im Canalus cervical. uteri. In beiden Kategorien von Fällen entstehen die Reflexneurosen am häufigsten als Consequenzen eines localen Druckes, und sind dieselben durch allgemeine Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie oder Chlorose bedingt. Das Zustandekommen der Reflexe kann hervorgerufen sein durch Vermittelung sämmtlicher Zweige des Hypogastricus, des Sympathicus — bei Impotenz; den Ramus anastomoticus plexus spermatici — bei Albuminurie; dagegen bei Enuresis, Tenesmen und Blasenlähmungen vermittelst der NN. haemorrhoidales medius et inferior (vom N. pudendus). — Mit dem Aufhören der genannten localen Urethralaffectionen schwindet auch die Reflexneurose. In Fällen von künstlicher Reizung der Area sensitiva urethrae (durch umfassende Behandlung) kann es zum plötzlichen Ausbruche der Neurosen kommen. Dergleichen Zustände charakterisiren sich durch leicht auftretende Schwellung der Pars prostatica respective bulbosa, eine grosse Empfindlichkeit beim Berühren der betreffenden Stellen, Neigung zu Pollutionen oder Drängen und durch hartnäckigen Widerstand, welchen die sich hier abspielenden katarrhalisch-eiterigen Processe der Therapie entgegenstellen. Nur beim gleichzeitigen Bestehen der oben beschriebenen Erscheinungen und nach genauer Prüfung und längerer Beobachtung ist es erlaubt, einen dergleichen Causalnexus im gegebenen Falle anzunehmen. Die vortheilhaften, durch Chromsäurelösung (Cauterisation des kranken Gebietes mit einprocentiger Lösung) erzielten Resultate erlauben, dieses Mittel weiteren Prüfungen in dieser Richtung anzuempfehlen. Verfasser hat in seinem ziemlich umfangreichen Aufsatze dieses so interessante Thema warm und eingehend behandelt; die Darstellungsweise ist klar und verständlich. Der Geist Ultzmann's strahlt aber auf Schritt und Tritt aus der vorliegenden Arbeit, und ist dieselbe sichtlich unter genanntem Eindrucke geschrieben worden.

v. Watraszewski.

Britton (13) berichtet in einer Rede über die Erfolge, welche er bei der Behandlung einer hartnäckigen und allen Mitteln trotzenden Gonorrhöe mittelst „Dr. Chas. L. Mitchell's soluble medicated bougies“ gehabt hat. Der betreffende Kranke, dessen Allgemeinbefinden während seiner langen Leidenszeit beträchtlich gelitten hatte, war mit allen Complicationen, die man bei der Gonorrhöe beobachtet hat — Gelenkentzündungen ausgenommen — behaftet. Nachdem alle Behandlungsarten fruchtlos gewesen waren, zog Britton die erwähnten „bougies“ in Anwendung und führte am Tage davon ein aus Morphium und Zinkoxyd, des Nachts ein aus Morphium und Cocaïn zusammengesetztes in die Urethra ein. Ausserdem wurden der entzündete Hoden und der geschwollene Penis täglich dreimal zehn bis zwanzig Minuten in heisses Wasser getaucht. Nach drei Tagen waren die Erscheinungen sichtlich zurückgegangen, das Allgemeinbefinden gebessert. Die Behandlung wurde fortgesetzt, und vier Wochen später hatte Britton die Freude, den Patienten vollständig geheilt zu sehen. Sogar eine harte, ringförmige Strictur der Urethra war verschwunden. Verfasser kann daher die genannten Bougies nicht genug für ähnliche Fälle empfehlen. Ledermann.

Smith (14) behandelt die Gonorrhöe durch Einführung einer Salbe in die Urethra vermittelst einer Modification des Allingham'schen Instrumentes zur Einbringung von Salben ins Rectum. Er will mit dieser Behandlung so ausgezeichnete Erfolge erzielt haben, dass durchschnittlich die Krankheit nie länger als fünf Tage dauerte. Smith gibt aber weder die Zusammensetzung der Salbe, noch die Anzahl der auf diese Weise behan-

delten Patienten, noch das Stadium an, in dem er seine Salbenbehandlung anwandte. Zeising.

Leubuscher (15) berichtet — in etwas skeptischerer Weise, als es bisher geschehen ist — über die Erfolge, welche er bei acuter und chronischer Gonorrhöe mit Antrophoren erzielt hat. Mit den am meisten gepriesenen Thallinantrophoren hat der Verfasser nicht gerade Erfreuliches erreicht; günstiger schienen ihm mit schwefelsaurem Zink (0·5 bis 1 Procent), mit Tannin (0·5 bis 5 Procent) und besonders mit Argentum nitric. (0·5 bis 2 Procent) imprägnirte Antrophore zu wirken; die Reizungserscheinungen waren meist nur geringe, die Behandlungsdauer eine relativ kurze. Jadassohn.

Teixeira (16) hatte überraschend günstige Resultate bei Behandlung der Gonorrhöe mit Einspritzungen von Thallinsulfat. Er fing gewöhnlich mit einer einprocentigen Lösung an, stieg in acuten Fällen auf zwei und mitunter sogar auf fünf Procent. Die stärkeren Lösungen wurden durch den Ultzmann'schen Katheter applicirt. Nach Teixeira wirkte das Thallin niemals reizend und coupirte die Krankheit gewöhnlich in wenigen Tagen. Zeising.

Diday (17) berichtet über zwei Fälle von ganz recenter Blennorrhöe, die durch je eine Lapisinjection 1 : 20 geheilt wurden. Auf Grund dieser zwei Fälle und des Bockhart'schen Falles hebt er hervor, dass abortive Behandlung nur in den recentesten Fällen, so lange noch keine reichliche Eiterung vorhanden ist und nur auf dem Wege energischer Cauterisation der Schleimhaut möglich wäre, indem er auf Grund des Bockhart'schen Falles annimmt, es bedecke bei der Blennorrhöe ein zähes, seropurulentes Exsudat die Schleimhaut und müsse die Injection, um abortiv zu wirken, durch dieses hindurch bis auf die unterliegende, erkrankte Schleimhaut eindringen. Finger.

Impallomenti (18) tödtet mit einer einprocentigen Creosotlösung in Camillendecoct in zwei Stunden die Gonococcen und hat sieben Patienten in sechs Tagen damit geheilt. Loewenhardt.

Zeisler (19) empfiehlt zur Behandlung von frischen und chronischen Gonorrhöen das Einpulvern von trockenen Pulvern in die Urethra, eine Methode, die angeblich zuerst von Dr. C. S. Pixley (of Elkhart, Ind.) angegeben und ihm zur Prüfung mitgetheilt ist. Er bedient sich dazu eines Instrumentes, das im Wesentlichen aus drei Theilen besteht: einer Canüle, die so lang ist, dass sie sich bis in die Pars membranacea einführen lässt; einem Obturator, der während der Einführung die Canüle verschliesst; einer Spirale, die nach der Einführung der Canüle in die Harnröhre und nach erfolgter Entfernung des Obturators zugleich mit einem becherförmigen Gefäss, in dem sich das medicamentöse Pulver befindet, an die Canüle angeschraubt wird und die, durch eine Schraubenvorrichtung in Bewegung gesetzt, das Pulver in die Harnröhre hineintreibt. Zur Einpulverung bedient sich Verfasser des Calomels, der Borsäure, Wismuths u. a. Die Erfolge sollen sehr zufriedenstellend sein, weshalb der Autor die Methode zur Nachprüfung den Praktikern angelegentlichst empfiehlt. Das Instrument ist von der Firma „Haussmann, Mc. Comb & Dunn" in Chicago zu beziehen. Ledermann.

Du Castel (20) empfiehlt, von dem Grundsatze ausgehend, dass bei der Gonorrhöebehandlung antiseptische Wirkung und möglichst geringe Reizung combinirt werden müssen, das ausserordentlich milde und dabei doch parasiticide Resorcin in $2\frac{1}{2}$- bis 3procentiger (bei chronischer Ure-

thritis 4procentiger) Lösung; das Präparat soll möglichst frisch sein und in dunkler Flasche aufgehoben werden. Daneben bedient sich Verfasser auch noch der Balsamica. Jadassohn.

Die Schrift von Distin-Maddick (21) über die Harnröhrenstrictur verdiente allein schon wegen ihrer gefälligen und anziehenden Darstellung gelesen zu werden, wenn nicht ausserdem auch die klare Richtung in der Therapie, die vorzüglichen Zeichnungen, die zum Theil sehr originellen Instrumente Beachtung verdienten. Fast bei jedem Capitel erfolgt ein Appell an das Gewissen des jungen Arztes. Im Hinweis darauf, dass man die gewöhnlich begegnenden Fälle von Harnröhrenstricturen eintheilen könne in: 1. Fälle, in welchen eine falsche Diagnose die Patienten einem durchaus unnöthigen Katheterismus unterwarf; 2. Fälle, die mit falschen Wegen complicirt sind in Folge von übereilten und ungeschickten Versuchen, eine Strictur zu überwinden; 3. Fälle, die durch vernachlässigte und schlecht behandelte Gonorrhöe bedingt sind. So warnt Verfasser vor dem „Andiagnosticiren“ einer Strictur und der im Anschluss darauf so beliebten kleinen Kathetercur, welche sonst den Grund zur wirklichen Strictur legt. Um jeglichen Insult für die Schleimhaut zu vermeiden, hat Verfasser Katheter mit Conductoren construirt. Erweist sich nämlich eine Strictur für das ganze Instrument als zu eng, so schiebt man einfach den dünnen Binnenkatheter für sich allein vor, während die äussere Hülle zurückgezogen wird. Zur Ausführung der permanenten Dilatation wurden Drainagekatheter empfohlen, um dem Secret der Harnröhrenschleimhaut freien Abfluss zu gestatten und während der Anwendung des Dilatators die Urethra täglich ausspülen zu können. Letzteres wird dadurch ermöglicht, dass der mit vielen Oeffnungen, wie ein Drainagerohr versehene Katheter vorsichtig hin- und hergedreht wird, damit möglichst alle Partien der Schleimhaut damit in Berührung kommen. Die Uebersetzung von Dr. G. Noack ist sehr geschickt, die Illustration klar ausgeführt. Loewenhardt.

Stricturen der Harnröhre mit perinealer Schwellung, welche Eiterung anzeigt, erheischen nach Harrison (22) Durchtrennung der Strictur nach Einschnitt vom Perineum aus. Feste, narbige Stricturen ohne perineales Infiltrat und ohne Eiterbildung werden gleichfalls nach Harrison dasselbe Verfahren oft als wünschenswerth erscheinen lassen. Hier aber kann die Individualität des Falles — im Gegensatz zu jener unbedingten Nothwendigkeit in den Fällen ersterer Reihe — für eine Abänderung des Heilplans entscheidend sein. So publicirt hier Harrison drei Fälle, in denen er theils allmälige Dilatation, theils Urethrotomia interna (Maissoneuve) ausführte. In dem einen Falle legte Harrison in Narkose von Nr. 1 an die gesammte Reihe der Lister'schen Metallbougies ein. Für rapide Dilatationen empfiehlt Harrison Bank's filiformes Bougie. Friedheim.

Rizat (23) veröffentlicht sieben Fälle zum Theile hochgradiger Stricturen, die durch Einführung allmälig stärker werdender Bougies in dreizehn bis vierzehn Sitzungen geheilt wurden. Er spricht sich mit aller Entschiedenheit gegen die besonders von Le Fort und Malherbe geübte forcirte Dilatation aus, welche Verletzungen setze und die Quelle von Urinabscessen u. dgl. bilde. Interessant ist übrigens, dass einzelne der Stricturen bei Individuen auftreten, deren Gonorrhöen nie mit Injectionen irgend welcher Art behandelt wurden. Stein.

In einem kurz zusammenfassenden Aufsatze über die falschen Wege der Urethra bezeichnet Guyon (24) den Bulbus ureth. als den Ort, der in der normalen Harnröhre am häufigsten in der genannten Weise verletzt wird. Hier ist es die untere Wand der Harnröhre, die bei der grossen

Nachgiebigkeit der Gewebe, bei der Fähigkeit, vor der vordringenden Katheterspitze sich auszuweiten, am leichtesten Läsionen erfährt. In der pathologisch veränderten Harnröhre sind es in der Anterior Stricturen, in der Posterior Ausweitungen der Drüsen-Ausführungsgänge und Anschwellungen im Prostatagewebe, welche zur Entstehung der falschen Wege Veranlassung geben. Zu unterscheiden sind vollständige und unvollständige falsche Wege, je nachdem die in das Gewebe eingedrungene Katheterspitze auch wieder einen Ausweg findet, sei es in der Blase, im Rectum, im Peritoneum, oder blind endet. Um falsche Wege zu vermeiden, ist vor Allem nöthig, nie Gewalt beim Vorschieben des Katheters anzuwenden, sodann als Hauptregel sich nur an die obere Harnröhrenwand als Leitpfad zu halten. Die falschen Wege der Prostata werden vermieden durch Anwendung von Katheter mit grosser Mündung. Sind falsche Wege gesetzt, so ist zur Abwendung der drohenden Harninfiltration der Verweilkatheter einzuführen, oder, wenn es nicht möglich ist, den Katheter einzuführen, den capillären Blasenstich (Dieulafoy) auszuführen und eventuell zu wiederholen. Stein.

J. A. Fort (25) berichtet über einen Patienten, der nach mehrfachen Gonorrhöen eine Strictur im Bulbus urethrae besass, eine zweite sass am Eingange in die Urethra als Rest eines harten Schankers, der dort seinen Sitz gehabt hatte. In den fünf Jahren, seit welchen der Bestand der Strictur diagnosticirt war, waren an dem Patienten eine Urethrotomie mit nachfolgender Dilatation, ferner in der Zwischenzeit bei Verschlechterung des Zustandes wiederholte allmälige Dilatationen vorgenommen worden. Trotz alledem bestand, als der Patient in die Behandlung Fort's kam, eine Strictur, durch welche mit Mühe eine Bougie Nr. 5 zu führen war. Fort beseitigte dieselbe mittelst lineärer Elektrolyse in einer Sitzung von zwölf Minuten; es war sofort eine Bougie Nr. 19 durchführbar. Verfasser empfiehlt die lineäre Elektrolyse warm zur Behandlung von Stricturen, er behauptet, dass diese Methode keine Narben setze und dass man vor einer wiedereintretenden Verengerung sicher sei. Dies habe er bei einer Anzahl von Patienten, die seit fünf Jahren in seiner Beobachtung ständen, beobachtet. Stein.

Chapiet (26), ein Arzt aus Bordeaux im Alter von 53 Jahren, berichtet über die Erfahrungen, die er mit gonorrhoischer Strictur und ihren Folgezuständen an sich selbst gemacht. Seit 1863, in welchem Jahre Chapiet einen Blasenkatarrh acquirirte, machten sich Beschwerden von Seiten der Strictur merklich, die ihn zwangen, von da an zur Bougie zu greifen. Unterbrochen wurden die Bougierungen durch wiederholte Blasenreizungen, Epididymitiden, schliesslich 1886 durch einen falschen Weg mit consecutiver Harninfiltration. In Folge dieser Affectionen war der Allgemeinzustand Chapiet's ein erbärmlicher, die Narbenretractionen wurden bedeutender (es konnte schliesslich nur Nr. 7 passiren), so dass Patient sich entschloss, die Behandlung Fort's nachzusuchen. In zwei Sitzungen, die zwei Monate auseinanderlagen, wurden mittelst lineärer Elektrolyse die vier bestehenden Stricturen so weit beseitigt, dass ein Bougie Nr. 18 mit Leichtigkeit passiren konnte. Die Nachbehandlung nahm gar keine Zeit in Anspruch. Fünf Wochen nach der Operation (um diese Zeit ist der Artikel geschrieben) war jedes Anzeichen des Blasenkatarrhs geschwunden, konnte der Urin vier Stunden lang gehalten werden, war der Urinstrahl dick und bogenförmig, hatte sich der Allgemeinzustand ausserordentlich gehoben. (Hier, wie bei mehreren früheren Veröffentlichungen ist die Zeit nach der Operation bis zur Veröffentlichung eine zu kurze, um ein Urtheil über den dauernden Erfolg derselben zu ermöglichen. Ref.) Stein.

Lavaux (27) berichtet über das Schicksal von fünfunddreissig Patienten, welche er in den Jahren 1880—82 mit der „elektrolytischen Urethrotomie“ nach der Methode Jardin's behandelt hatte. Elf von diesen Kranken konnten weiter beobachtet werden und von diesen ist Keiner von Recidiven verschont geblieben. Lavaux kommt auf Grund dieser Beobachtung zu dem Schlusse, dass die Elektrolyse keineswegs im Stande sei, die rapide Dilatation, welche bei vollkommener Asepsis gute Erfolge gibt, zu ersetzen. Jadassohn.

Newmann (28) bringt in diesem Artikel nur eine scharfe Polemik gegen Keyes, der die elektrolytische Behandlung von Harnröhrenstricturen nach Newmann's Methode als erfolglos verworfen hatte. Sternthal.

Gardner (29) berichtet über ausserordentlich günstige Erfolge, die er mit der jetzt so vielfach discutirten elektrolytischen Behandlung der Stricturen erzielt hat. Er rühmt der Methode Schmerzlosigkeit, Anwendbarkeit in allen Fällen, nur ausnahmsweise und geringe Blutung nach; nur selten soll ein operativer Eingriff nachträglich nothwendig werden.

Palmer (30) wendet bei der operativen Behandlung der Urethralstricturen die allerpeinlichste Antiseptik an und betont mit Recht, dass es keineswegs genüge, wenn man aseptische Instrumente einführt, sondern dass man ohne gründliche Reinigung der Urethra Gefahr laufe, aus der letzteren in die Blase Keime zu transportiren. Ob freilich die von dem Verfasser befolgten Massnahmen alle unbedingt nothwendig sind, darüber wird man streiten können. Er empfiehlt, schon vierundzwanzig Stunden vor der Operation alle drei Stunden Ausspülungen mit Borsäure vorzunehmen und spült auch nach der Operation mit heisser Borsäure oder Sublimat, eventuell bis die Gefahr der Sepsis vorüber ist. Jadassohn.

Kumar (31) berichtet über einen Fall weitgehender Verbildung der Genitale nach Strictur bei einem 54 Jahre alten Manne. Die Haut des Penis, Scrotum, Perineum war elephantiastisch verdickt, von derben, warzenartigen Auswüchsen bedeckt, von zahlreichen Haarfisteln, die fast continuirlich Harn hervorsickern liessen, durchbrochen, arrodirt und excoriirt. Die Harnröhre für die feinsten Sonden im Bulbus nicht passirbar. Extraurethrotomie am Perineum mit Einlegen eines Cathéter à demeure, Abtragung der Warzen mit Paquelin, Entfernung der elephantiastischen Hautpartien, Deckung der Hoden durch seitliche Herbeiziehung gesunder Haut, allmälige Dehnung der Strictur brachten Heilung. Am Damm blieb eine Fistel. Finger.

Die Behandlung der so häufig namentlich in Folge von Gonorrhöe vorkommenden Orchi-Epididymitiden, sagt Jullien (32), ist stets ein besonderer Zielpunkt therapeutischer Bestrebungen gewesen. Bis in die neueste Zeit hat man derartige Patienten behandelt, indem man sie während der ganzen Dauer ihrer Krankheit oft zu Bett liegen liess, wodurch die unangenehmsten Nebenerscheinungen entstanden. Der Verfasser hat zu dieser Methode kein Vertrauen. Nach dem Vorgehen Langlebert's empfiehlt er das Tragen eines mit Watte gepolsterten Suspensoriums, dessen Wände aus Kautschukleinwand bestehen, mit dem man so glänzende Erfolge in den Hospitälern erzielt hat und das auch bald grosse Verbreitung gefunden hat. Der Zweck, welcher dabei verfolgt wird, ist eine stärkere Schweissentwickelung, eine Ruhestellung und eine mässige Compression der betroffenen Theile. Die Beschreibung des Modelles findet man in einer früheren Arbeit des Verfassers: „Traité des maladies vénériennes“, angegeben. Horand und La Saigne haben diesen Apparat noch etwas modificirt, derselbe ist aber immer noch

zu complicirt. Jullien hat an demselben noch einige Vereinfachungen angebracht. Der von Boulle und Desnon angegebene Apparat bleibt ungenügend, weil durch das Fehlen der kautschukirten Leinwand, einer Bedingung, welche an ein gutes Suspensorium gestellt werden muss, nämlich der Erhaltung der constanten Wärme, nicht genügt wird. Dann werden noch mehrere Beispiele angeführt, wie Leute mit den grössten Beschwerden bei dieser Behandlungsweise nach wenigen Tagen wieder ihren früheren Beschäftigungen nachgehen konnten und in kurzer Zeit von ihren Beschwerden geheilt wurden. Freilich sind die Erfolge der Behandlung auch verschiedene, je nach der Verschiedenheit der Entstehung der einzelnen Orchi-Epididymitiden. Hilgenstock.

Foulerton (33) gibt einen elastischen Urethralinjector für die Behandlung der Gonorrhoea posterior an. Das eine Ende desselben, welches in die Harnröhre eingeführt wird, läuft conisch zu, während das andere ein bauchiges, comprimirbares Ansatzstück trägt. Das biegsame Rohr ist sechs Zoll lang und ist an der Grenze jeder Zolleintheilung zum Zwecke der mehr oder weniger vollständigen Einführung markirt. Foulerton hält sein Instrument geeignet zur Selbstbehandlung durch den Kranken. Foulerton glaubt, dass die Patienten den Injector selbst gefüllt in der Tasche bei sich tragen können, wenn sie den Abfluss seines Inhaltes durch eine Knotenschlinge in der Nähe des conischen Endes verhindern.

Friedheim.

Assaky (34) beschreibt unter Anderem eine von Dr. Baïcan construirte neue metallische Urethralsonde. Der Vortheil des Instrumentes soll darin bestehen, dass der Schnabel des Katheters ausgegossen ist und die Augen erst in der eigentlichen Krümmung beginnen. Es soll hierdurch eine leichtere Reinigung des Instrumentes möglich sein. Galewsky.

Lanz' (35) Spülkatheter besteht im Wesentlichen aus einer feinen inneren Röhre und einer diese umgebenden äusseren Röhre, die aber in ihren unteren zwei Dritteln durch vier Drähte ersetzt wird, welche am unteren verjüngten Ende an einer Kappe befestigt sind. Die eingespritzte Flüssigkeit strömt aus dem inneren Röhrchen, das beinahe gegen die Kappe geführt ist, gegen die innere Fläche der letzteren, wird hier zurückgeworfen und bespült nun die durch die vier Drähte auseinander gehaltenen Urethralwandungen, um schliesslich durch das äussere Rohr abzufliessen. Lanz empfiehlt sein Instrument für chronische Gonorrhöe. Was den therapeutischen Effect anbetrifft, so erzielte er „in allen Fällen chronischer Urethritis eine unstreitige Besserung, in einigen Fällen sogar völlige Heilung". (Dieses Resultat lässt sich jedenfalls auch ohne den neuen Spülkatheter erreichen. Referent.) Sternthal.

Nach Angabe von Hill (36) haben Mayer und Meltzer einen geraden, doppelläufigen Katheter dem Cystoskop fest angefügt, um die Blase im Zustande klarer, durchsichtiger Füllung erhalten zu können. Hill gibt dem Cystoskop Nitze's den Vorzug vor demjenigen von Nitze-Leiter, weil ersteres freier beweglich ist und eine ausgiebigere Durchleuchtung der Blase trotz vielleicht an und für sich geringerer Lichtquelle in einer für den Kranken schonenden Weise ermöglicht. Friedheim.

Cruise (37) publicirt jetzt ein Cystoskop, das er schon vor langen Jahren gebrauchte; dasselbe soll keineswegs mit den modernen Apparaten rivalisiren; es soll aber ohne elektrische Beleuchtung, bei einfachem Lampenlicht, gewisse Modificationen vorausgesetzt, eine bequeme Untersuchung der ganzen Blasenschleimhaut ermöglichen. Die genauere Zusammensetzung des Apparates muss in der Originalarbeit nachgelesen werden; eine all-

gemeine Verbreitung wird er wohl kaum finden, wenngleich er vom historischen Standpunkte nicht ohne Interesse ist. Friedheim.

Die Arbeit Hall's (38) kommt hier nur insoweit in Betracht, als sie sich mit der Behandlung des gonorrhoischen Gelenkrheumatismus mittelst galvanischen Stromes beschäftigt. Hall benutzte einen Strom von 2—3 Milliampères Stärke, seine Elektrode hatte 1·77 Quadratzoll. Er elektrisirte täglich und in den drei citirten Fällen angeblich mit gutem Erfolge. Die Dauer der Behandlung schwankte von vier bis zwölf Wochen.

Sternthal.

Angeregt durch die Veröffentlichung Rheinstädter's, der Endometritis mit fünfzigprocentigen Chlorzinkätzungen behandelte und die Fritsch's, der die Vaginalblennorrhöe mit zweiprocentigen Chlorzinkausspülungen heilte, wandte Szabó (39) in einundvierzig Fällen das Verfahren in der Weise an, dass er nach Fixirung der Portio im Speculum eine mit Watte umwickelte, in die concentrirte Chlorzinklösung getauchte Plafayr'sche Sonde schnell in die Uterushöhle vorwärtsschob. Drei bis fünf Tage nach dieser Aetzung wird der Schorf durch eine in dreiprocentige Chlorzinklösung getauchte Sonde gelöst. Mit derselben Lösung wird die Scheide, falls ihre Schleimhaut miterkrankt ist, irrigirt. Dieses Verfahren längere Zeit (nach Rheinstädter zwei bis drei Monate) angewendet, veröffentlicht Szabó, um zu weiteren Versuchen aufzumuntern. In der anschliessenden Discussion warnen Dirner und Velits vor der Anwendung des Chlorzinks aus Furcht vor Narbenretractionen, Bárcony berichtet zwei Fälle von Vaginalblennorrhöe, in denen die Gonococcen nachzuweisen waren, die durch vierzehntägige Ausspülungen mit zweiprocentigen Zinc. chlor.-Lösungen geheilt waren. (Die Angabe, ob die Gonococcen auch am Schlusse der Behandlung geschwunden waren, fehlt. Referent.) Stein.

Venerische Helkosen.

1. **Ducrey.** Il virus dell' ulcera venerea non è stato ancora coltivato. — Giorn. internaz. d. sc. med. 1889, 1.
2. **Nicaise** und **Fontan.** Traitement des ulcères phagédéniques des pays chauds par les pulvérisations antiseptiques. — Gaz. de hôpit. 1889, Nr. 8. Referat aus Arch. de méd. navale und Revue de chir.

Ducrey (1) impfte, wie er in einer vorläufigen Mittheilung berichtet, den Eiter weicher Schankergeschwüre von Arm zu Arm in vielen Generationen fort, wobei er die Verunreinigung des Eiters durch etwa von aussen kommende Mikroorganismen sorgfältig vermied. Er sah, wie die ursprünglich sehr reichliche Flora der im Secrete enthaltenen verschiedensten Mikroorganismen allmälig an Arten immer ärmer wurde, bis er schliesslich ein Material erhielt, welches zwar noch virulent war, aber auf den gewöhnlichen Culturmitteln nicht gezüchtet werden konnte. Dieses „reine" Virus enthielt constant einen ausnehmend kleinen Diplococcus. Auch fand Ducrey, dass der einer venerischen Lymphadenitis oder einem Bubonulus entnommene Eiter weder dann positive Resultate ergibt, wenn er auf die gewöhnlichen Nährböden inoculirt, noch auch, wenn er auf Versuchsthiere verimpft wird. Dieser Eiter enthält keine durch das Mikroskop nachweisbaren Spaltpilze; wird er unter die menschliche Haut gebracht, so bleibt er entweder unwirksam oder er führt zur Bildung von Pusteln und Abscessen, deren Eiter ebenfalls frei von Mikroorganismen ist und nicht reproducirt werden kann. Aus den Ergebnissen seiner Arbeit schliesst Ducrey, dass 1. das Virus des Ulcus molle bisher noch nicht cultivirt worden sei, da es, wenn es beim

Menschen rein gewonnen werde, durch einen Mikroorganismus repräsentirt werde, welcher sich in den gewöhnlichen künstlichen Nährböden nicht cultiviren lasse. 2. Dass die Adenitis ulcerosa und die Bubonuli höchst wahrscheinlich durch die Producte der Lebensthätigkeit dieses Mikroorganismus bedingt seien. Die näheren Details der Unternehmungen Ducrey's sollen demnächst veröffentlicht werden. Dornig.

Nicaise und Fontan (2) empfehlen beide die Anwendung antiseptischer Mittel in zerstäubter Form bei phagedänischen Ulcerationen; Ersterer bevorzugt Carbolsäure, Letzterer Borsäure; die Reinigung der Geschwüre und deren Abheilung soll schneller erfolgen, als bei jeder anderen Behandlung. Galewsky.

Syphilis. Allgemeiner Theil.

1. **Syphilisdebatte** im Wiener med. Doctorencollegium. — Mittheilungen des Wiener med. Doctorencollegium 1889, 3, 5.
2. **Fordyce** J. Add. Bacillenbefund bei Syphilis. Inaug.-Dissertation. — Berlin 1888.
3. **Kamen.** Die Syphilisbacillen im Auswurf. — Internat. klin. Rundschau 1889, 1, 13, 10.
4. **Auriel** Marius. Rapports de la syphilis avec les fièvres éruptives. — Thèse de Paris 1888. A. Davy, imprimeur.
5. **Bulkley** Duncan. Unusual methods of acquiring syphilis, with reports of cases. — The Journ. of the Americ. Med. Associat., 2. Febr. 1889 und Med. News., 2. Febr. 1889.
6. **Bulkley** Duncan L. Syphilis as a non-veneral disease. — The Journ. of the Americ. Med. Associat. Chicago, 22. December 1888, Nr. 25.
7. **Barker.** Inoculation of syphilis by tattooing. — The London Med. Record, 21. Jan. 1889. Ref. aus Brit. Med. Journ., 27. Oct. 1888.
8. **Wood.** Fall von extragenitalem Schanker und Vorschläge zur Verhinderung der Ausbreitung der Syphilis. — New-York. Med. Journ. XLVII. 7. 1888.
9. **Batten** John M., Pittsburgh. Should syphilities marry? — The Journ. of the Americ. Associat. Chicago, 26. Jan. 1889.
10. **Ducrey.** Caso singolarissimo di reinfezione sifilitica in una Donna. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1888, 4.
11. **Violi.** Vaccinazione e sifilide. — Lo Sperimentale 1888. Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1888, 2.
12. **Stuart** F. W. Syphilis or Tuberculosis? — The Boston Med. and Surg. Journ. 20. Dec. 1888.
13. **Burg.** Carcinoma penis auf dem Boden eines Ulcus syphiliticum. — Allg. Wiener med. Ztg. 1888, 2.

Syphilisdebatte (1). Der Vortrag Prof. Lang's „Wege und Wandlungen des Syphiliscontagiums und Bemerkungen zur Syphilistherapie" gehalten in der Sitzung des Wiener medicinischen Doctorencollegiums am 3. December 1888 und die sich anschliessende Discussion wurden vom Referenten bereits besprochen. In der Sitzung vom 7. Jänner 1889 fand eine Fortsetzung dieser Discussion statt. Eingeleitet wurde dieselbe durch Dr. Rabl, der zwei Fälle seiner Praxis mittheilte. In dem ersten derselben erzeugt ein Mann, der vor neun Jahren syphilitisch war, vor siebeneinhalb Jahren geheiratet und bereits drei gesunde Kinder gezeugt hatte, ein viertes Kind, das mit Schleimpapeln am Mund und After, sowie mit pustulösem Syphilid zur Welt kam. Im zweiten Falle erzeugte ein vor der Ehe syphilitischer Mann (Alter der Lues nicht angegeben) ein Kind mit hereditärer

Syphilis, das seine Amme inficirt. Rabl folgert aus diesen Fällen die Möglichkeit der Contagiosität tertiärer Syphilisproducte. — Ehrmann berichtet dem gegenüber über einen Mann, der, mit Gumma des Hodens behaftet, ein gesundes Kind zeugte. — Schiff kann die Beobachtung, dass Väter mit florider Syphilis gesunde Kinder zeugen können, solche mit seit Jahren latenter Syphilis dagegen syphilitische Kinder zeugen können, mit unseren bisherigen Ansichten nicht in Einklang bringen. Er interpellirt Lang, wie sich die Nichtinfectiosität der Gummen mit dem in denselben nachgewiesenen Syphilisbacillus vereinigen lasse und bemerkt, das Oleum cinereum betreffend, dasselbe nehme zur Herstellung viel Zeit in Anspruch, greife rasch die Spritzen an, die es sehr verderbe, erzeuge oft noch spät heftige Stomatitiden. — Zeissl glaubt, in der Frage der Nichtinfectiosität des Gumma lasse sich nichts Bestimmtes aussagen, doch ist er eher geneigt, dem Gumma, das Virchow als Typus der syphilitischen Erkrankung hinstellt, die Möglichkeit der Uebertragung der Syphilis zu vindiciren. Die Fälle von Reinfection mit Gummen behafteter Patienten mit neuer typischer Syphilis, wie Suepl und Gascoyen sie mittheilten, hält er nicht für glaubwürdig. (Ausser dem von Zeissl vergessenen Merkel'schen Falle ist auch der neueste Fall Ducrey's: Infection einer mit tuberculo-ulcerösen Syphilis der Kopfhaut als Residuum der ersten Infection behafteten Patientin mit Sklerose, papulo-pustulösem Syphilid, mitgetheilt auf der Versammlung italienischer Aerzte in Paris 1887, ein zweifelloser Fall dieser Art. Der Referent.) — Lang betont, dass die Frage der Nichtcontagiosität der tertiären Syphilis vom klinischen Standpunkte als erwiesen anzusehen sei und von ihm schon lange vor Mittheilung der Experimente Finger's festgehalten wurde. Gegen Rabl bemerkt Lang, dass die hereditäre Uebertragung, die auch bei alter Lues bekannt, mit der Contagiosität nicht identificirt werden könne. Gegen Schiff bemerkt Lang, dass wir mit dem Mikroskop wohl zwei Syphilisbacillen sehen, aber nicht unterscheiden können, ob der eine etwa contagiös ist, der andere nicht. Dass das Contagium im Laufe der Zeit eine Wandlung durchmache, stehe fest, wie und welcher Natur diese sei, wissen wir nicht. Dass die Spritzen bei Injectionen von grauem Oel sorgfältig zu reinigen seien, sei klar. Die von L. angewandten Dosen grauen Oels erzeugen keine unangenehmen Stomatitiden, wohl aber werde die Wirkung stärker, wenn man mehr injicirt als nöthig. — NB. Referent war leider verhindert an dieser Debatte theilzunehmen, doch möchte er zu derselben Folgendes bemerken. Die Discussion über die mögliche Contagiosität des Gumma hält er, so lange Klinik und Experiment nur negative Resultate geben, für ziemlich müssig. Insbesondere aber müsste, um die Frage erörtern zu können, ob das Gumma Syphilis zu übertragen vermöge, dessen direct syphilitische Natur erst zweifellos erwiesen sein. Gegen Virchow's Ansicht, das Gumma als Typus der Syphilis beizustellen, hat sich schon Bärensprung entschieden ausgesprochen. Nun ist aber die Ansicht namhafter Syphilidologen, Hutchinson, Bärensprung, Langlebert, Diday, Jullien, Bäumler zum Theil auch Neisser's, das Gumma sei nicht directes Product der Syphilis, sondern als Nachkrankheit, als Umstimmung der Reaction des Organismus in Folge des abgelaufenen Processes anzusehen, nicht widerlegt und durch den Nachweis der problematischen Syphilisbacillen in denselben die vielfachen Gründe, die für diese Ansicht sprechen, auch nicht zu widerlegen. Unsere fortschreitenden Kenntnisse über die Natur des Virus verschiedener Infectionskrankheiten geben aber dieser Ansicht immer neue Nahrung. Lernen wir doch gegenwärtig kennen, dass bei jeder Infectionskrankheit zwei Agentien, das Virus und dessen chemische Stoffwechselproducte auf den Organismus einwirken und letzteren krankheitserregende, sogar bedeutend giftige Wirkungen zukommen. Beginnen wir doch die

Immunität schon als eine durch die chemische Wirkung der Stoffwechselproducte angeregte veränderte Reaction, eine Umstimmung der Reaction des Organismus anzusehen. Müssen wir da nicht an die Angaben Hutchinson's denken, der bei den Müttern vom Vater her syphilitischer Kinder mit jeder Gravidität sich aggravirende Erscheinungen einer Intoxication beobachtete, die schliesslich zur Production tertiärer Erscheinungen führten, ohne dass die Mutter je primäre und secundäre Affecte gezeigt hätte; und diese Thatsache mit der Erfahrung, dass die Mütter vom Vater her syphilitischer Kinder immun werden, ohne Syphilis durchgemacht zu haben, mit dem Colles'schen Gesetz, in Zusammenhang bringen. Auch die Coexistenz secundärer und tertiärer Erscheinungen würde sich auf diese Weise zwanglos erklären. Wie also über die Contagiosität des Gumma streiten, so lange dessen direct syphilitische Natur nicht erwiesen ist und was noch mehr, so zweifelhaft erscheint! Den Einwand Schiff's hat Referent gestützt auf klinische Erfahrung und Experiment selbst zuerst in Strassburg und zwar gegen die Syphilisbacillen geltend gemacht. Er hält ihn heute, wo wir durch die Untersuchungen von Frank, Petrusky, Lebarsch, Emmerich und di Mattei erfahren haben, dass virulente Bacillen unter gewissen Bedingungen im Organismus ihre Virulenz früher als ihre Lebensfähigkeit verlieren können, also beide Eigenschaften nicht untrennbar verbunden sind, nicht mehr für vollgiltig. Finger.

Fordyce (2) hat 28 Fälle von Syphilis-Secreten, 5 Sklerosen des Präputium, 1 Sklerose der Lippe und 1 breites Condylom der grossen Schamlippe auf Mikroorganismen untersucht; zur Controle, respective Aufklärung über das Wesen der sogenannten Smegmabacillen dienten von Nichtluetischen Smegma praeputiale, Secret der weiblichen Genitalien, solches der Mundschleimhaut, Zahnbelag und Cerumen aus dem äusseren Gehörgange. Die bei der Untersuchung syphilitischer Secrete gewonnenen fünfzehn positiven Resultate stammten, mit einer zweifelhaften Ausnahme, sämmtlich von Secreten aus den Genitalien oder deren unmittelbarer Nähe; Stellen, welche einer constanten Körperwärme ausgesetzt waren, an denen stagnirende Secrete sich zersetzten, lieferten viel bacillenreichere Präparate, als andere, gerade wie dies Matterstock bereits beobachtete. — Lustgarten's Methode hat sich hierbei am besten bewährt, da durch sie die Entfärbung der anderen Mikroorganismen am vollkommensten erreicht wurde. In den von Nichtsyphilitikern stammenden Smegmapräparaten wurden Lustgarten'sche Bacillen ebenfalls sehr zahlreich gefunden und zeigten die gleiche Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol, wie die in syphilitischen Secreten. Im Vergleich zu den Tuberkelbacillen erwiesen sich dieselben jedoch gegen Säuren nicht so widerstandsfähig. Von den 5 Sklerosen des Präputium zeigten 2, sowohl nach Lustgarten's, als auch nach Doutrelepont's Methode, Bacillen: von je 30 Schnitten enthielten 6 dieselben, darunter 2 mit je 12 Bacillen in den verschiedensten Lageverhältnissen. Zwei andere Sklerosen ergaben erst nach Behandlung mit Kühne's Krystallviolettlösung während 12 Stunden in jedem zweiten oder dritten der Schnitte mit den Lustgarten'schen völlig identische Bacillen von intensiv blauschwarzer Farbe. Daneben waren allerdings auch Coccen, so gross wie Erysipelcoccen, sichtbar. Ein ebenfalls nach Kühne gefärbtes breites Condylom zeigte in jedem zweiten Schnitte Syphilisbacillen (bis zu 20 beobachtet) von $3^1/_2$ bis 7 μ Länge und der verschiedensten Gestalt. Daneben auch hier Coccen in der mannigfachsten Anordnung. Verf. selbst hält wenigstens einen Theil derselben für die Doutrelepont-Matterstock'schen „zerfallenen Bacillen". Auch 15 Schnitte spitzer Condylome wurden nach Kühne untersucht, aber hinsichtlich der Bacillen mit ganz negativem Resultate. Ebenso

erfolglos wurde eine nach Lustgarten gefärbte Lippensklerose untersucht — Fordyce hält Kühne's Färbeflüssigkeit, wenigstens nach seinen Erfahrungen, für die empfehlenswertheste. Deckglaspräparate brauchten nur 20 Minuten, für Schnitte könne die äusserste Grenze noch nicht angegeben werden; die von ihm benützten 12 Stunden liessen sich jedenfalls, besonders mit Zuhilfenahme des Wärmekastens, verringern. Während Markuse zur Zeit (diese Zeitschrift 1888, 3. Heft), nach unserer Ansicht ganz mit Recht behauptete, dass die Identität der Smegma- mit den Syphilisbacillen keineswegs bewiesen sei, hält Fordyce offenbar dieselben für identisch; nach ihm kommen die im Deckglaspräparate gefundenen Bacillen auch im normalen Secrete der männlichen und weiblichen Genitalien vor und sind deshalb diagnostisch nicht zu verwerthen. Hinsichtlich der in den Geweben Syphilitischer nachgewiesenen Mikroorganismen muss aber auch er zugeben, dass sicherlich ein gewisser Zusammenhang derselben mit der Krankheit vorhanden sei. Dass er die Entscheidung darüber, welcher Art diese Beziehungen seien, von weiteren Culturversuchen und Impfexperimenten abhängig macht, kann im Interesse der exacten Forschung nur gut geheissen werden.
Max Bender.

Kamen (3). Bei einem neunjährigen Knaben, der unter Erscheinungen von Ascites, Leber- und Milzanschwellung, Verdickung der Epiphysen des Vorderarmes und einer umschriebenen Dämpfung der Lunge erkrankte, stellte Verf. die Diagnose hereditärer Lues. Der Auswurf zeigte nach Giacomi's und Lustgarten's Methode Syphilisbacillen. Verf. leitete eine Inunctionscur ein, worauf sich die Erscheinungen besserten, die Bacillen aus dem Sputum schwanden.
Finger.

Nach Auriel (4) üben die Eruptionsfieber einen doppelten Einfluss auf die Lues aus. Der erste ist ein mehr allgemeiner, der den Organismus umstimmt und sich an die Stelle der krankhaften Diathese setzt, um sie ganz zum Verschwinden zu bringen. Die zweite Art des Einflusses ist eine rein beruhigende, sie beschränkt sich darauf, durch eine Art localer Resorption maligne Ulcerationen zum Verschwinden zu bringen, welche der Behandlung sonst erfolgreichen Widerstand leisten. Ohne so weit zu gehen wie Hardy und Garrique, welche in derartigen Fällen vor der Einimpfung der Variola nicht zurückschrecken wollen, begnügt sich Auriel diesen günstigen Einfluss zu constatiren, der beim Erysipel in ähnlichen Fällen durch zahlreiche Beobachtung schon erwiesen ist. Galewsky.

Bulkley (5) hat 65 Fälle von extragenitalem Schanker beobachtet. Auch Fournier hat constatirt, dass in circa 25% der Fälle von Syphilis bei Weibern die Krankheit unschuldiger und unverdienter Weise acquirirt wurde. Diese Angaben sind auch von Ricord bestätigt worden. Nach Bulkley beläuft sich die Anzahl derartiger Fälle sogar auf 40%. Seine 65 Fälle extragenitalen Schankers vertheilen sich auf 34 Männer und 31 Weiber, und zwar sass der Schanker in 30 Fällen an den Lippen, in 7 an den Fingern, in 6 an den Brüsten, in 6 an den Tonsillen, in 5 an der Zunge, in drei an der Wange, in 2 am Kinn, in je 1 an der Nase, dem Augenlid, dem Ohr, der Hand, dem Vorderarm, der Sacralgegend. Er unterscheidet drei Hauptgruppen: 1. Syphilis oeconomica (welche bei den gewöhnlichen Beschäftigungen acquirirt wird); 2. Syphilis brephotrophica (welche durch Ernährung und Pflege der Kinder verbreitet wird); 3. Syphilis technica (bei der die Uebertragung durch Aerzte, Ammen und Wärter stattfindet). Die erste Hauptgruppe (Syphilis oeconomica) zerfällt in drei Unterabtheilungen, je nachdem die Uebertragung der Krankheit eine häusliche, industrielle oder persönliche ist. So geschieht dieselbe in vielen Fällen durch Messer, Gabeln, Löffel, Trinkgefässe, Tabakpfeifen, Cigarren, ferner

mitunter durch Kleidungsstücke, Betten, Toilettegegenstände, Operngläser, Stöcke etc. In einem Falle entstand ein Schanker an der Zunge durch eine in den Mund genommene Nadel. In einem anderen soll durch einen Aetzmittelträger nach Cauterisation eines syphilitischen Schankers die Uebertragung des Giftes stattgefunden haben. Dagegen hat Bulkley nie von einer Ansteckung durch Abtritte oder Uringefässe gehört, welche häufig als Quelle der Infection angeschuldigt werden. Die zweite Unterabtheilung der Syphilis oeconomica umfasst die Fälle, in denen die Uebertragung durch die verschiedenen industriellen Beschäftigungen erfolgt. Am bekanntesten ist in dieser Beziehung die häufige Ansteckung der Glasbläser. Bulkley hat 162 derartige Fälle beobachtet. Auch Goldschmiede, Musiker werden leicht durch ihre Beschäftigung inficirt. Nägel, Nadeln und Münzen kennt man als Vermittler der Infection, hingegen ist bis jetzt noch kein Fall bekannt geworden, in dem dieselbe durch Papiergeld oder Postwerthzeichen stattgefunden hat. Gewöhnlich wird angenommen, dass Wäscherinnen durch das Waschen der Wäsche Syphilitischer besonders der Infection ausgesetzt seien, dies ist jedoch nach Bulkley nicht der Fall, vielmehr scheint durch die dauernde Berührung der Hände mit dem heissen Wasser die Uebertragung verhindert zu werden. In die dritte Unterabtheilung fallen alle Uebertragungen direct von Person zu Person, z. B. durch Küssen und Beissen. Nächst dem Coitus ist gegenwärtig das Küssen die häufigste Ursache der Infection, seltener kommt letztere zu Stande durch Kratzen, Kneifen, unschuldigen Contact mit Syphilitischen durch Zusammenschlafen etc. — Die zweite Hauptgruppe (Syphilis brephotrophica) umfasst die Fälle, in denen die Krankheit durch die Ernährung und Pflege der Kinder übertragen wird. So kann die Infection durch kleine Einrisse und Wunden am Zahnfleisch der Kinder direct übertragen werden, ferner mittelbar durch Gegenstände, welche zur Pflege der Kinder und Säuglinge dienen, durch Kämme, Taschentücher etc. — Bei der dritten Hauptgruppe (Syphilis technica) macht Bulkley drei Unterabtheilungen. In die erste bringt er die zahlreichen Fälle, in denen Aerzte, Wärter, Hebammen sich bei Operationen, Sectionen, besonders häufig aber bei geburtshilflichen Manipulationen inficiren. Die zweite Unterabtheilung umfasst die Fälle, in denen Operateure selbst als Träger der Syphilis Patienten anstecken. In der dritten ist der Operateur das Medium, welches das Gift von einem Patienten auf den anderen überträgt, z. B. durch Vaccination, Circumcision, Transplantation von Zähnen, Schröpfen und andere kleine Operationen. Auch Infectionen durch Zahnzangen, Rasirmesser, ferner durch den Tubenkatheter und die verschiedenen Ohrinstrumente kommen vor. Aus alle dem folgt nach Bulkley, dass die Syphilis nicht immer eine venerische Erkrankung und weiter verbreitet ist, als für gewöhnlich angenommen ist. Im Anschluss an diesen Vortrag wirft Hubbard die Frage auf, ob Bulkley die Uebertragung der Lues auf Säuglinge durch die Milch einer Amme, die sonst keine Symptome der Erkrankung zeige, für möglich halte. Er selbst habe einen derartigen Fall beobachtet. Bulkley erwidert, dass von zwei Beobachtern Untersuchungen mit Injectionen von Milch syphilitischer Frauen angestellt worden seien, von denen der eine positive, der andere negative Resultate erhalten habe. Jetzt nehme man allgemein an, dass Syphilis durch Milch nur dann übertragen werden könne, wenn irgend ein anderes Secret derselben beigemengt sei. Nach Jacobi ist die Milch gesunder Weiber ein echtes Secret, welches in der Mamma entsteht und nicht eine Transfusion aus dem Blute. Bei anämischen oder in der Genesung begriffenen oder bei durch langes Stillen geschwächten Frauen hingegen ändere die Milch ihren Charakter, die Mamma werde zum grössten Theil zum Filter, durch welches das Serum des Blutes und andere Stoffe aus demselben transsudirten. Da nun von gesunden Ammen

Arzneimittel (Eisen, Jodkali etc.) niemals durch die Milch auf das Kind übergingen, wohl aber wenn der Organismus irgendwie heruntergekommen sei, so könnte auch zweifellos unter der letzteren Bedingung das syphilitische Gift durch die Milch übertragen werden. Zeising.

Bulkley (6) gibt eine ausführliche Uebersicht über die in der Literatur erwähnten Fälle syphilitischer Infection, welche nicht durch den geschlechtlichen Verkehr hervorgerufen sind, und bekämpft mit Rücksicht darauf die Bezeichnung der Syphilis als einer venerischen Krankheit. Er fordert zur Verhinderung der Ausbreitung dieser Krankheit, der viele unschuldig zum Opfer fallen, eine staatlich geregelte Prophylaxe, wie sie für Pocken, Scharlach und Diphtherie seit Langem ausgeübt wird. Ledermann.

Barker (7) berichtet, dass unter 15 von einem Manne tätowirten Soldaten 11 Syphilis bekamen. Die Leute wurden zu verschiedenen Zeiten während des Jahres 1888 tätowirt und die Incubationszeiten schwankten von 87 bis 13 Tagen. Der Operateur zeigte bei der Untersuchung Plaques im Munde, eine kupferrothe Efflorescenz auf der Brust, eine Narbe am Penis, vergrösserte Drüsen u. s. w. Er gab zu, dass er seine Farben mit Speichel gemischt und auch die zum Tätowiren benützten Nadeln in den Mund genommen habe. Zeising.

Wood (8) berichtet über einen jungen Mann, welcher in der Trunkenheit sich dadurch mit Lues inficirte, dass er einem syphilitischen Kameraden den Finger in den Mund steckte. Er bekam einen Primäraffect am Finger, liess sich aber nicht ordentlich behandeln und starb später an Phthise. Zur Verhütung der Verbreitung der Syphilis verlangt Wood neben der regelmässigen Untersuchung der Prostituirten die Anzeige aller von den Aerzten an Syphilis erkrankten Patienten, die gründlich untersucht und über die eine Zeitlang eine Quarantaine verhängt werden soll; die Verheiratung solcher Patienten ohne Erlaubniss soll untersagt sein.
Jadassohn.

Batten (9) verneint die Frage, ob Leute, welche einmal syphilitisch inficirt gewesen sind, später, auch wenn sie seit langem keinerlei Erscheinungen der Krankheit gehabt haben, heiraten dürfen. Er hält die Syphilis für ein unheilbares Leiden und führt zum Beweis dafür sieben Beispiele an, die allerdings weiter nichts besagen, als dass in diesen Fällen die Krankheit nicht geheilt war und deshalb später auf Frau und Kinder ihren verderblichen Einfluss ausüben konnte. Ledermann.

Ducrey (10) beschreibt einen, wie er glaubt, einzig dastehenden Fall von syphilitischer Reinfection: Die Kranke, ein sechsundvierzigjähriges Weib, bot neben noch bestehenden luetischen Erscheinungen der Spätperiode, nämlich gummösen Geschwüren an der behaarten Kopfhaut und neben multiplen, von einem pustulösen und einem exulcerirenden tuberculösen Syphilid herrührenden Narben das schönste Bild einer recenten Syphilis, nämlich eine Sklerose am rechten grossen Labium, allgemeine Drüsenschwellungen, ein universelles maculöses Exanthem, zu welchem sich später noch ein pustulöses Syphilid hinzugesellte und Schleimhautplaques am weichen Gaumen. Die gleichzeitige recente Lues des Gatten der Kranken, von welchem sie inficirt wurde, hätte schon für sich allein hingereicht, die luetische Natur der recenten Krankheitserscheinungen des Weibes nahezu zweifellos festzustellen, wenn darüber überhaupt noch ein Zweifel möglich gewesen wäre. Ueber das Wesen der ulcerösen Erscheinungen an der Kopfhaut konnte man bei ihrem charakteristischen Aussehen umsoweniger im Unklaren sein, als auch anamnestisch festgestellt werden konnte, dass sich

die Kranke 17 oder 18 Jahre vor ihrer Reinfection und ungefähr 6 Jahre vor ihrer Verehelichung bei der Pflege einer an Lues leidenden Freundin inficirt und eine Roseola gehabt hatte. Dem möglichen Einwande, dass die Affection an der Kopfhaut ein Lupus exulcerans serpiginosus gewesen sei, sucht Ducrey durch Stellung einer genauen Differentialdiagnose zwischen Lues und Lupus zu begegnen. Ducrey zieht aus seiner Beobachtung nachstehende Schlussfolgerungen: 1. Eine syphilitische Reinfection ist möglich. 2. Sie kann auch dann stattfinden, wenn im Organismus noch die krankhaften Wirkungen der vorangegangenen Infection unter der Form von tertiären Erscheinungen persistiren. 3. Die pathologischen Wirkungen der zweiten Infection können dieselben sein wie bei einer gewöhnlichen Syphilis, mit der nämlichen Reihenfolge der einzelnen Krankheitserscheinungen. 4. Die Reinfection eines Individuums ist kein sicherer Beweis, dass dasselbe zur Zeit der zweiten Infection bereits von der Syphilis geheilt war, somit kann die Möglichkeit einer Reinfection nicht als ein sicherer Beweis für die Heilbarkeit der Syphilis überhaupt gelten. Dornig.

Violi (11) gibt seinem Befremden Ausdruck, dass Signorini, welcher selbst sieben Fälle von Syphilisübertragung durch die Impfung beobachtet hat (siehe Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1888, S. 981), die Impfung mit humanisirter Lymphe jener mit animaler Lymphe vorzieht. Dornig.

Im Anschlusse an einen von Stuart (12) in „Massachusetts Medical Society" über die Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Tuberculose gehaltenen Vortrag, berichtet Shattuck über zwei interessante Fälle. In dem einen wurde zuerst die Diagnose: tuberculöse Peritonitis gestellt, während in dem anderen, bei dem die Anamnese vor längerer Zeit stattgefundene luetische Infection ergab, die Symptome die einer Lungentuberculose ohne Tuberkelbacillen waren. In beiden Fällen trat nach Behandlung mit Jodkalium in kurzer Zeit vollständige Heilung beziehungsweise bedeutende Besserung ein. Shattuck hält es für nicht unwahrscheinlich, dass, wenn man jeden vorkommenden Fall von Lungentuberculose mit Hydrargyrum und Kalium jodatum behandeln wollte, man einige Fälle, die jetzt nicht heilbar sind, heilen, dadurch aber auch das Ende vieler anderer beschleunigen würde. Jod, in genügender Dosis gegeben, macht zwar die tertiären Symptome der Lues verschwinden, hindert aber nicht deren Wiederkehr, was allein das Hg zu thun vermag. Deshalb in allen alten tertiären Fällen gemischte Behandlung. Bowditch ist bezüglich der Anwendung des Jodkaliums der Ansicht, dass es in möglichst grossen Dosen gegeben werden müsse. Wenn ein Patient danach Erbrechen oder andere Beschwerden bekommt, so beginnt man am besten damit, kleine Dosen von 1 Gran (0·06 Gr.) in einem Minimum von Wasser (Sodawasser) nach jeder Mahlzeit zu geben. Allmälig kann man dann, ohne Erbrechen hervorzurufen, bis auf 60—80 Gran (circa 3·6—4·8 Gr.) steigen. Stuart erwähnt, dass er in einem Falle, nachdem er ungefähr einen Monat lang dreimal täglich 30 Gran (circa 1·8 Gr.) in Wasser gegeben, plötzlich Uebelkeit und Erbrechen beobachtet habe. Letztere liessen nach, als der Patient das Jodkalium mit Gentiana zusammen nahm. Blodgett hält den Himbeersyrup für das angenehmste Vehikel des Jodkaliums. Man kann davon fünfzigpercentige Lösungen, eventuell auch mit Zusatz von Wasser, darstellen. Danach tritt niemals Störung des Magens auf, nur etwas metallischer Geschmack im Munde nach längerem Gebrauch grosser Dosen. Knapp fängt bei der Behandlung der Syphilis des Nervensystems mit Dosen von 30 Gran (1·8 Gr.) an und steigt allmälig. Nur selten beobachtete er, dass grössere Dosen nicht vertragen wurden. Dagegen fand er, dass, wenn er bei anderen

Affectionen kleine Dosen: 5—10 Gran (0·3—0·6 Gr.) gab, diese weit häufiger Beschwerden verursachten. Zeising.

Burg (13) beschreibt einen Fall von Epithelioma penis bei einem sechsunddreissig Jahre alten Commis, das in den ersten Monaten seines Bestandes sich als derbe Induration der Glans mit Paraphimose, dorsaler Lymphangioitis und multipler Schwellung der Inguinaldrüsen darstellte, so zur Diagnose eines typischen Initialaffectes Veranlassung gab, unter örtlicher mercurieller Behandlung sich auch zu bessern schien, bis rapid eintretender Zerfall auf der einen, das Ausbleiben syphilitischer Allgemeinerscheinungen auf der anderen Seite die Diagnose Carcinom veranlasste, die durch den weiteren Verlauf und mikroskopische Untersuchung auch bestätigt erschien.
Finger.

Haut, Schleimhaut, Knochen und Gelenke.

1. **Fröhlich.** Ungewöhnliche Localisation des syphilitischen Initialaffectes. — Allg. Wiener med. Ztg. 1889, Nr. 8.
2. **Fournier.** Herpe simulant le chancre syphilitique. — Réunion clinique hebdom. de l'hôpital St. Louis, 6. Dec. 1888. Ann. de derm. et de syph. 1889, Nr. 1.
3. **Philips.** Syphilitic herpe. — Lancet 1889, 23, II.
4. **Chauveau.** Troubles de la pigmentation chez un syphilitique. — Ann. de derm. et de syph. 1889, Nr. 1.
5. **Barduzzi.** Breve contribuzione clinica allo studio della syfilide pigmentaria. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1888, Nr. 4.
6. **Stojenesco.** Contribution à l'étude du diagnostic différential des gommes scrofulo-tuberculeuses et des gommes syphilitiques sous-cutanées. — Thèse de Paris 1887.
7. **Fournier.** Essai sur les labialites externes. — Thèse de Paris 1888.
8. **Hallopeau** et **Wickham.** De l'ectropion consecutif à la syphilis mutilante de la face. — Ann. de derm. et de syph. 1889, Nr. 1.
9. **Breda.** Casi di spondilite cervicale e di frattura spontanea costale da sifilide. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1888, Nr. 4.
10. **Bouvier.** Étude sur la chondrite et la périchondrite dans la syphilis secondaire. — Thèse de Paris 1888.
11. **Voparil.** Ein Fall von eiteriger Gelenksentzündung im Secundärstadium der Syphilis. — Wiener med. Wochenschr. 1889, 2, II.

Fröhlich (1) berichtet über einige Fälle von extragenitaler Sklerose an der Vaginalportion, Mamma, Nase, Wange, Unterlippe, Vorderarm, dem Orificium urethrae beim Weibe, Tonsille, ohne sonst Neues zu bringen.
Finger.

Fournier (2) stellt zwei Fälle von Herpes progenitalis vor, die beide durch ihre Induration einen syphilitischen Initialaffect vortäuschten. In dem einen Falle sass der Herpes einem geschwellten Lymphfollikel auf, der die Induration vortäuschte, in dem zweiten Falle sass der Herpes im Sulcus coronarius. Fournier macht hierbei auf die vom Referenten schon wiederholt betonte Thatsache aufmerksam, dass alle Ulcerationen des Sulcus coronarius, so auch der weiche Schanker und Herpes eine Derbheit der Basis zeigen, die der syphilitischen auffallend gleicht. Finger.

Philips (3) beschreibt eine universelle Herpeseruption bei einem Individuum im secundären Stadium der Syphilis. Der Ausschlag verbreitete sich rasch über den ganzen Körper. Friedheim.

Chauveau (4) berichtet über einen Fall von dunkler, an Addison erinnernder Pigmentirung der Haut nach Ablauf eines grosspapulösen und pustulösen Syphilides. Die Pigmentflecke, tiefbraun glänzend, ohne Schuppung, stehen theils isolirt, theils am Nacken netzartig angeordnet, theils, besonders am Stamm, confluiren sie zu grösseren pigmentirten Flecken. Im Centrum einiger derselben finden sich noch die Reste der papulösen Infiltrate. Aber die Pigmentirung zeigt sich auch in grosser Ausdehnung an Stellen, die von Efflorescenzen frei sind, so den Vorderarmen und Handrücken. Handteller und Fusssohlen zeigen keine Pigmentirung. Application von Jodtinctur und Sublimatcollodium bringt die Pigmentirung nicht zum Schwund. Finger.

Nach Barduzzi (5) ist in der Seltenheit der primären Pigmentsyphilis der Grund zu suchen, warum sie von einzelnen Syphilidologen gänzlich geleugnet, von anderen unrichtig interpretirt wird. Bei der Pigmentsyphilis handelt es sich um eine spontan sich entwickelnde übermässige Pigmentirung, im Gegensatze zum Leucoderma syphiliticum, welches Barduzzi, sich der Ansicht Neisser's anschliessend, als einen Pigmentverlust an Stellen früherer maculöser und papulöser Efflorescenzen deutet. Die primäre Pigmentsyphilis ist eine Manifestation der Secundärperiode, und erscheint in der Regel symmetrisch angeordnet am Halse, aber auch, wenngleich seltener, im Gesicht, in der Sternal-, Axillar- und Abdominalregion. Gewöhnlich präsentirt sie sich in areolarer Form als ein mehr oder weniger weitmaschiges Netz von graubrauner, ockergelber bis lichtgelber Farbe; durch eine specifische Behandlung wird sie sehr wenig beeinflusst und persistirt im Mittel sechsunddreissig Monate bis zu sechs Jahren. Im „Sifilicomio" zu Pisa sah Barduzzi in einem Zeitraum von zwölf Jahren sechzehn Fälle von primärer Pigmentsyphilis, darunter zwölfmal bei weiblichen Individuen.

Dornig.

Im Anschlusse an die Besprechung der Vortheile, welche uns das Mikroskop und die Bacteriologie bei der differentiellen Diagnose der scrophulösen und syphilitischen Gummata an die Hand gegeben, meint Stojenesco (6), dass wir in allen Fällen, wo die sonstigen Charakteristika der Farbe, Aussehen der Krusten, der Ränder, des Grundes zu einer exacten Diagnose nicht verhelfen, die histologische Prüfung vornehmen müssen. Aus dem Fortbestehen der Durchgängigkeit der Gefässe oder dem Nicht-Fortbestehen derselben, aus dem Vorhandensein der Riesenzellen werden wir wichtige Schlüsse ziehen. Das Vorhandensein von Tuberkelbacillen und der positive Ausfall der Impfungen auf Kaninchen, im Falle es sich um Tuberculose handelt, werden uns fast immer zur Diagnose verhelfen. Der Prüfstein unserer Diagnose wird schliesslich das Ergebniss unserer Behandlung sein.

Stein.

Fournier (7) bespricht die Fälle tertiärer Veränderungen der Lippen. Interessant ist die Statistik. Von 541 Fällen cutaner und subcutaner Gummen sassen 116, also mehr als ein Fünftel im Gesicht und davon wieder 91 an den Lippen. Von letzteren sassen 43 an der Oberlippe, 31 an der Unterlippe, der Rest an beiden Lippen und den Commissuren. Finger.

Hallopeau et Wickham (8). Anschliessend an zwei mitgetheilte Fälle, besprechen die Verfasser das Ectropion, wie es entweder durch directe gummöse Zerstörung der Augenlider oder durch Retraction von in der Nähe der Lider sitzenden Narben nach gummösen Geschwüren entstehen kann. Die Lider können durch dasselbe ganz umgestülpt und bis zur Unkenntlichkeit verzogen werden, es entsteht dadurch eine unheilbare Entstellung; die Cornea kann, von den Lidern nicht gedeckt, schwere Veränderungen,

Ulceration und Narbenbildung, Trübung erleiden, die nicht durch Syphilis bedingt, auch auf antisyphilitische Therapie nicht heilt. Finger.

Breda (9) beobachtete bei einem fünfzigjährigen Manne, welcher an schweren syphilitischen Knochen- und Muskelaffectionen, sowie an Lungensyphilis litt, eine specifische Spondylitis des dritten, vierten und fünften Halswirbels. Ferner bot sich Breda bei einer vierzigjährigen, an tertiärer Syphilis leidenden Frau die seltene Erscheinung einer spontanen Fractur der zehnten Rippe in Folge gummöser Osteomyelitis. Dornig.

Bouvier (10) stellte bei 14 Frauen mit secundärer Lues, die er äusserlich untersuchte, aus Erscheinungen von an den Rippen oder deren Knorpeln wahrgenommener Empfindlichkeit, die jedenfalls etwas kühne Diagnose syphilitischer Chondritis und Perichondritis. Finger.

Voparil (11) beobachtete einen Kranken mit Roseola, Drüsenschwellungen, Condylomata lata u. s. f., der im Beginne einer eigenhändig ausgeführten Schmiercur — nach Sistirung einer begonnenen Calomelinjectionscur — an schmerzhafter von Schüttelfrösten eingeleiteter Röthung und Schwellung beider Ellenbogengelenke erkrankte. Salicylsaures Natron in grossen Tagesdosen selbst blieb erfolglos. Eine Reihe von Incisionen konnte Durchbruch der Kapsel und Eitererguss in das periarticuläre Gewebe nicht verhindern. Bei ausgiebiger Eröffnung des Gelenkes fand man rechts den Belegknorpel der Ulna getrübt, üppige Granulationen, reichliche Vascularisation der Synovialis. Es wurde alles Krankhafte hier abgeschabt und ausgelöffelt, während links die Eitermassen nur entleert zu werden brauchten. Bald wurde der Kranke fieberfrei. Seine Genesung aber wurde durch Decubitus verzögert. Sie trat nach viereinhalb Monat schliesslich ein: die Gelenke waren in halber Beugestellung ankylosirt. Voparil, der die Syphilis als Ursache bestimmt annehmen zu können glaubt, erinnert an frühere, allerdings nicht ganz analoge Beobachtungen. Er bedauert, die Schmiercur unterbrochen und die antispecifische Behandlung nur auf Jodkali beschränkt zu haben. Friedheim.

Viscerale Syphilis.

1. **Thibièrge.** Les lésions artérielles de la syphilis. — Gaz. des hôpit., Nr. 11, 1889.
2. **Le Roux.** Contribution à l'étude de l'artérite syphilitique. — Thèse pour le doctorat en médecine Paul le Roux. — Paris 1888.
3. **Gowers.** Syphilis and the nervous system. — Lancet, 12. Jänner 1889. 26. Jänner 1889, 2. Februar 1889.
4. **Money.** Meningitis syphilit. chron. (Arteriitis etc.) — Pathological Society. Lancet, 2. Februar 1889.
5. **Titres.** De l'hémiplégie syphilitique. Leçons recueillies par M. Emile Bitot. — La France méd., 6., 1889.
6. **Derville.** Influence de la syphilis sur les maladies du cerveau. — Journ. des sciences méd. de Lille, August 1888.
7. **Parsons.** A case of cerebral Syphilis. — Ref. New York Med. Record. 12. Jänner 1889, Nr. 949.
8. **Fisher** E. D., Dr. Cerebral syphilis. Section of Theory and Practice of Medicine, 18. December 1888. — Referat aus Med. News, 5. Jänner 1889.
9. **Wilson.** A case of gumma in the right superior temporo-phenoidal convulsion. — Lancet, 29. December 1888.

10. **Schmitt.** Contribution à l'étude de la syphilis nerveuse précoce. — Rev. méd. le l'Est. 1888, 19.
11. **Schmitt et Barban.** Contribution à la syphilis nerveuse précoce. — Rev. méd. de l'Est. 1888, 21.
12. **Uhthoff.** Ueber multiple Hirnnervenlähmung bei Syphilis (Krankenvorstellung in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie etc.). — Ref. Centrabl. f. Nervenheilk. 1889, Nr. 3.
13. **Derville.** Syphilis tertiaire; névrite sciatique d'origine syphilitique. — Journ. des sciences méd. de Lille, 1888, 40.
14. **Oltuszewski.** Beitrag zur Diagnose und Therapie der Kehlkopfsyphilis. — Gazeta Lekarska, 968 1888. (Gelesen in der Versammlung polnischer Naturforscher und Aerzte in Lemberg 1888).
15. **Mauriac.** Syphilis tertiaire de la trachée et des bronches. — Arch. gén. de méd. December 1888.
16. **Malinowski.** Ein Fall von chronischer syphilitischer Verengerung des Larynx und der Trachea beim Kinde. Glottisödem. Tracheotomie. Tod. — Gazeta Lekarska 610, 1888.
17. **Ashby.** Syphiloma of heart. — Brit. Med. Journ., 19. November 1887.

Thibièrge (1) geht von dem allgemeinen Gesichtspunkte aus, dass fast alle Infectionskrankheiten, acute wie chronische, Gefässveränderungen hervorrufen, bespricht dann kurz die an dem syphilitischen Primäraffect beobachtete Verdickung der Adventitia, um sich hierauf zu den Läsionen der Gefässe gröberen Calibers, Läsionen die an sich schon klinische Symptome machen und die allein den Namen arterielle Syphilis verdienen, zu wenden. Zu den am längsten gekannten Läsionen dieser Art gehören die zu den tertiär syphilitischen zu rechnenden. Heubner nahm nach seinen mikroskopischen Untersuchungen als Ausgangspunkt derselben die Grenze zwischen Adventitia und Membrana frustrata. Baumgarten nimmt im Gegensatz hierzu die Tunica externa als Ausgangspunkt an. Gegenwärtig werden die Vasa vasorum als die zuerst befallenen angesehen, von diesen setze sich die Infiltration nach der Tunica externa und media und schliesslich noch der interna fort. Als charakteristisch wird die Neigung zur Bildung von kleinen Knötchen, die Aehnlichkeit mit Gummaten haben, angesehen. Etwas besonders Typisches bieten diese Knötchen mikroskopisch nicht, sie sollen nach Heubner nie fettig oder kalkig entarten. Zu wünschen ist vor Allem zur Sicherstellung dieser Controversen die Auffindung der Bacterien der Lues. Lancereaux findet, dass diese syphilitische Gefässläsion in dem Gefässsystem im Gehirn ihren Sitz habe, doch ist aus einer grossen Anzahl von Fällen das Vorkommen derselben in allen anderen Körperarterien anzunehmen. Die Syphilis der Hirnarterien als solche von einer Reihe von Autoren beschrieben, kann sämmtliche Hirnarterien befallen, gewöhnlich trifft sie die Arteria fossae Sylvii oder die Arteria basilaris. Es kommt zu einer Verdickung der Gefässwand, zu einer Verengerung des Gefässlumens, die sich bis zur Unwegsamkeit mit ihren Folgen (Ausschaltung des von dem Gefäss versorgten Hirnabschnittes und Erweichung) steigert. Dies ist aber nicht die einzige Veränderung der Gefässe, es werden auch durch den Schwund der Muskelfasern der Tunica media Erweiterungen, Aneurysmen der Hirnarterien durch die Lues verursacht; ihre Folgen sind allmäliger oder plötzlicher Antritt von Blut in die umgebende Nervensubstanz und damit langsamer oder plötzlicher Tod des Individuums. Gehören auch diese Patienten zumeist der tertiären Periode an, so sind doch eine ganze Reihe von Beobachtungen bekannt, in denen dieselben Veränderungen schon im Secundärstadium der Lues auftreten. Klinisch äussert sich die Arteritis cerebralis durch Cephalalgien, die gewöhnlich heftig und andauernd besonders

zur Nachtzeit sich merklich macht, daneben Schwindelanfälle, vorübergehender Verlust des Bewusstseins, Gedächtnissschwäche und Verminderung der Intelligenz. Wenige Tage, bis Monate auf diese Vorboten stellt sich, gewöhnlich plötzlich, ein Bewusstseinsverlust mit Hemiplegie ein, die vollständig oder unvollständig sein kann, zum Tode führt oder auch bisweilen besonders durch energische Behandlung völlig gehoben werden kann. Die Aneurysmen bedingen nach einer längeren Periode schwächerer Vorboten gewöhnlich plötzliches Coma und Tod. Die geheilten Fälle anlangend, ist hervorzuheben, dass die Heilungen häufig von kurzer Dauer sind. Symptomatisch ist auch hier kein Unterschied gegenüber den durch andere Ursachen als Syphilis hervorgerufenen Encephalopathien zu constatiren. Nur ist zu bemerken, dass die syphilitischen Gefässveränderungen bei relativ jungen Leuten auftreten, die begleitenden specifischen Erscheinungen sind zu beachten, sowie das Fehlen von Herzerscheinungen. Zu den Thatsachen übergehend, welche wir bezüglich der syphilitischen Läsionen der Aorta besitzen, bemerkt Verfasser, dass es vorwiegend Aneurysmen der Aorta wären. Es werden die umfangreiche Arbeit von Welch über diese syphilitischen Aneurysmen erwähnt, sowie die Beobachtungen von Laverau, Dujardin-Beaumetz, Talamon, Paul und mehreren Anderen, aus denen jedenfalls zur Evidenz folgt, dass die Aneurysmen sehr häufig bei Syphilitikern vorkommen, dies ergab sich aus der Anamnese, sowie aus den sehr häufig constatirten Zeichen alter Lues (Exostosen, Hodengummata, Gaümenperforation etc.). Auffallend war auch hier wiederum das auffallend junge Alter der von Aneurysma Befallenen. Es wurden sogar Fälle bei Kindern unter 13 Jahren beobachtet, eine ganze Anzahl in dem Alter von 17 bis 30 Jahren, von 36 bis 45 die Hauptzahl. Klinisch bieten diese Aneurysmen keine andern Symptome, als die auf anderer Basis entstandenen, also hauptsächlich Drucksymptome, anatomisch ist auch nichts auffindbar, was die Unterscheidung zwischen syphilitischen und anderen Aneurysmen ermöglichte, ferner ist aus der günstigen Reaction mancher dieser Aneurysmen auf den Gebrauch von Jodkali nach Verfasser nicht viel zu geben, weil das Jodkali auch auf Sklerosirungen wie Tumoren nicht specifischer Natur häufig einen günstigen Einfluss übe. Es wird sich also bei der Diagnose hauptsächlich um die sichere Anamnese handeln, ob Lues vorhanden ist oder nicht und um die sichere Ausschliessung der anderen Momente, die zu Aneurysmen prädisponiren, Jedenfalls ist bei der Aetiologie der Aneurysmen der Syphilis mindestens dieselbe Rolle zuzugestehen als dem Gelenksrheumatismus und dem Alkoholismus. Wie schon erwähnt, können nicht blos die Hirnarterien und die Aorta Sitz der syphilitischen Erkrankung sein, sondern ebenso alle beliebigen Körperarterien. Zur Stütze der letzten Behauptung werden eine Menge einzelner Beobachtungen angeführt (wie überhaupt die Arbeit sich durch Beibringung eines äusserst reichlichen casuistischen Materials auszeichnet), so Aneurysmen der Poplitea, Subclavia, Truncus brachialis, Thrombosen von Arterien, die ganze Extremitäten versorgen, sowie einzelne Finger. Von letzteren ist zu erwähnen, dass sie zuweilen zu Gangrän führten, welch' letztere in einzelnen Fällen durch Behandlung mit Jodkali noch zur Heilung kam. Ferner werden Verstopfungen der Temporalarterien, der Arteria cent. retinae, der Coronararterien angezogen. Zum Schlusse des Aufsatzes macht Verfasser noch auf die beschriebene Vielseitigkeit der klinischen Symptome mittelst derer sich die Lues äussern kann, aufmerksam und ermahnt bei Luetischen aufmerksam auf die geringsten verdächtigen Symptome zu achten, desgleichen aber auch bei Gefässstörungen irgend welcher Art an die Lues zu denken.
Stein.

In seinem Beitrag zur Lehre der syphilitischen Gefässerkrankung bringt Le Roux (2) nichts wesentlich Neues vor und beschränkt er sich ausschliess-

lich auf das Gebiet der Erkrankung der Gehirnarterien. Im Anfang tritt eine Verengerung der Gehirnarterien ein, die immer weiter um sich greift, bis zur vollständigen Obliteration. Der Lieblingssitz der Erkrankung ist die Gehirnbasis, dementsprechend die auftretenden Symptome. Da dieselben auch bei andern Gehirnerkrankungen vorkommen, so ist die differentielle Diagnose keine leichte. Bei der gewöhnlichen Arterio-Sklerose wird das ganze Gefässsystem befallen, bei der syphilitischen nicht. Hemiplegien bei Individuen unter vierzig Jahren, die nicht an Alkoholismus oder Herzerkrankung leiden, sind mindestens acht unter zehn Mal syphilitischen Ursprungs, dasselbe gilt von der Epilepsie. Auch die Tuberculose bietet manche Aehnlichkeiten in ihren Erscheinungen, jedoch befällt sie selten die kleinen Arterien und dann die Gefässscheide und das umliegende Bindegewebe, ausserdem kommt sie fast nur in der Kindheit vor. Entscheidend für die Differential-Diagnose ist die Behandlung mit Jodkalium. Bei der Behandlung kommt es hauptsächlich darauf an, die Kranken möglichst bei Kräften zu erhalten. Als Specifica wähle man Mercur und Jodkalium. Sobald die Diagnose gesichert erscheint, soll man mit der Behandlung beginnen und zwar möglichst energisch, bis zum Schwinden der letzten Symptome und in den nächsten Jahren mehrere Male diese Behandlung wiederholen. Zum Schlusse gibt dann der Verfasser noch ein kurzes Resumé der ihm am wichtigsten erscheinenden Punkte. Hilgenstock.

Die für Lues allein charakteristischen Veränderungen im Nervensystem sind nach Gowers (3) vor Allem die gummösen, wie sie sich an Pia und Dura mater, seltener an den Gehirnnerven und bisweilen hier symmetrisch finden, wie sie weiterhin an arteriellen Blutgefässen vorkommen. An den Arterien geht die gummöse Neubildung mit oder ohne Nekrose, mit oder ohne Erweichung einher. Ohne Nekrose kommt es zu Verschluss des Gefässes mit Induration vor Allem an der Hirnrinde, und zwar hier vorzüglich wiederum bei Kindern. Gowers geht sodann über zu den Gehirnblutungen durch Zerreissung, zur Aneurysmabildung in Folge fibröser Entartung der Gefässwand. Die zweite Reihe der für Lues charakteristischen Veränderungen im Nervensystem sind nach Gowers gewisse entzündliche Processe, vorzüglich hyperplastischer Art, die ihren Ausgang in fibröser und käsiger Degeneration finden. Diese Processe vorwiegend meningeal! an der Pia mater mehr umschrieben, an der Dura mehr diffus; hier nach Gowers mehr in hereditären Fällen; spinal vor allem in der Dura! Primäre Entzündungen in Gehirn- und Rückenmarksubstanz sind sehr selten. Die Gehirnnerven erkranken durch gummöse Neubildung oder in Folge chronischer Meningitis an der Basis. Chronische Meningitis kann sicher durch Syphilis hervorgerufen werden. Ueber die acut verlaufenden Meningitiden, über Myelitis und aufsteigende Paralysen sind noch weitere Untersuchungen abzuwarten. In den Tabesfällen (170) von Gowers liess sich Syphilis in 55 Procent unter denjenigen von Augenmuskelparesen (22 Fälle) in zwei Dritttheilen der Zahl sicher constatiren; bei chronischem Muskelschwund ein Mal. Die wahrhaft specifischen Läsionen verlaufen meist subacut oder chronisch in ihren klinischen Erscheinungen; letztere erreichen den Höhepunkt ihrer Entwickelung im Ganzen nicht unter einer Woche. Nur Gefässverschluss macht hievon eine Ausnahme. Das Gumma mit seinem subacuten ober subchronischen Verlaufe liegt meist oberflächlich an der Cortex oder Basis, bisweilen im Pons. Tumoren, welche ganz chronisch verlaufen, sind nach Gowers wahrscheinlich nicht syphilitischer Natur. An der Gehirnbasis ist noch besonders bemerkenswerth die chronisch umschriebene syphilitische Meningitis, welche übrigens keine Ausfallssymptome gleich dem Gumma macht. Zum Schlusse bespricht Gowers im Einzelnen die Hemiplegie, eine solche kann sich

innerhalb weniger Monate wiederholen; sie tritt im Schlaf ein bei einem Dritttheile der Fälle; bei nicht Schlafenden meist ohne Bewusstseinverlust. Die Hälfte der Kranken klagt vorher schon über Kopfschmerz! Daher prophylaktische Behandlung! Gegen einen completen Gefässverschluss kämpft die Therapie ohnmächtig an! Als Ursache der Paraplegie nimmt Gowers gummöse Erkrankung des Rückenmarks an, Augenmuskellähmungen endlich als rein specifische Erscheinungen sicher zu constatiren, hält Gowers keineswegs immer für leicht. Die Syphilis im Allgemeinen hält Gowers für unheilbar. Er ist ein Gegner der permanenten Quecksilberbehandlung. Häufiger als letztere zieht er überhaupt die Jodtherapie in Anwendung. Andererseits gibt er selbst gegenüber späten Formen dem Quecksilber die, wenn auch selten eintretende Fähigkeit zu, dort noch wirksam zu sein, wo das hier fast immer siegreiche Jod in seiner Wirkung versagte. Gowers verwirft die Injectionsmethode und wendet nur die Inunctionen an. Innerhalb von fünf Jahren — nach der letzten Eruption der Krankheit — will Gowers die Patienten alljährlich zwei bis drei Wochen lang behandelt sehen. Quecksilber glaubt Gowers während einer Gesammtcur nicht selten entbehren zu können. Die antispecifische Therapie vermag oft syphilitische Veränderungen auszugleichen, ohne deren nicht specifische anatomische und symptomatische Folge-Erscheinungen stets zum Verschwinden bringen zu können. Friedheim.

Money (4) berichtet mit Demonstration der Präparate von einem sechsjährigen Knaben, der elf Monate alt hydrocephalisch war, von jener Zeit ab aber immer leidliches Wohlbefinden zeigte. Plötzlich im siebenten Lebensjahre erkrankte der Knabe, nachdem die Sprache ihm mit einem Male verloren ging, an einer Hemiplegia spastica dextra. Adhäsionen der Dura mater an das Gehirn, Erkrankung der Cerebralarterien, Atrophie und Sklerose des Gehirns, Granulirung des Ependyms waren die wichtigsten anatomischen Zeichen. Money demonstrirte weiterhin das Hirn eines syphilitischen hydrocephalen Kindes, das im Alter von anderthalb Jahren gestorben war; das Kind konnte weder stehen noch sitzen, noch Worte aussprechen: spastische Paresen klinisch — anatomisch Atrophie und Sklerose des Gehirns ohne Erkrankung der Arterien. Friedheim.

Titres (5) bespricht an der Hand einer Reihe von Fällen die Diagnose der syphilitischen Hemiplegie. Er hebt vor Allem das jugendliche Alter der Befallenen hervor (acht vor vierzig Jahren), sodann biete die syphilitische Hemiplegie oft Unregelmässigkeiten und verschiedene Symptome als die anderen Ursachen entstammenden. Als Prodrome werden beschrieben der schwere abendliche Kopfschmerz, Schwindel, Muskelschwäche, Brechen, Augenmuskellähmungen, schnell vorübergehende, wenige Minuten bis Stunden dauernde Schlaganfälle, psychische Alterationen, Gedächtnissschwäche, aphasische Störungen. — Die anatomischen Grundlagen dieser Symptome sind in Embolien oder Gummaten zu suchen. Stein.

Derville (6) bespricht die Gehirnerkrankungen bei acquirirter Syphilis, ohne Neues zu bringen. In Betreff der Gehirnerkrankungen bei hereditärer Syphilis führt Verfasser zunächst epileptiforme Convulsionen, isolirte Paralysen eines Nervenstammes, manche Fälle für tuberculös geltender Meningitis auf cerebrale Lues zurück, sowie er der Syphilis bei Zustandekommen von Idiotie, Imbecillität, Hydrocephalus, Epilepsie eine Rolle zuweist. Finger.

Der Fall Parsons (7). 45jähriger Mann, Infection unbekannt; unbestimmte Störungen von Seiten des Cerebrums; weiterhin epileptiforme und endlich typische epileptische Anfälle; Tod, bietet klinisch nichts Besonderes

dar; dagegen ist er ein lehrreiches Beispiel, das bei der Cerebral-Syphilis nur eine rechtzeitige und energische Anwendung der Specifica Erfolge ergibt — auch bei dem Patienten des Verfassers war die Behandlung zu spät und unvollkommen eingeleitet worden. Jadassohn.

Fisher (8) gibt eine Uebersicht über die verschiedenen Manifestationen der Hirnlues und deren pathologische Grundlage, welche sich im Wesentlichen an die Disposition von Rumpf anschliesst. In der Discussion werden die sonderbarsten Ansichten über das Wesen der Lues wieder hervorgezogen, so entwickelt Dr. Gray die Lehre von den syphilitischen Rundzellen, deren „enorme Vitalität" das Charakteristische der specifischen Processe erklären würde, im Gegensatz zu der Annahme eines Bacillus specificus. Als besonders wichtig wird die Untersuchung der Verbindung des Corpus sterni mit dem Processus ensiformis hingestellt, weil bei Druck sich hier stets im Falle luetischer Erkrankung der Patienten Schmerzen einstellen. Loewenhardt.

Wilson (9) beobachtete ein Gumma der rechten Temporo-sphenoidal-Region des Gehirns. Die vom Gatten vor elf Jahren inficirte Kranke litt an Anfällen, die durch Ohrensausen eingeleitet, hauptsächlich in Schwindelgefühl bis zur vollständigen Bewusstlosigkeit unter Krämpfen sich äusserten. Im Anfall selbst keine Incontinentia urinae, keine Bissverletzung der Zunge; keine Lähmungserscheinungen in der weiteren Folge; normale Reflexe. Bemerkenswerth hingegen waren noch hartnäckigstes Erbrechen und ein continuirlicher, hin und wieder exacerbirender Kopfschmerz, der rechts stärker als links von der Stirn bis zum Nacken hin sich fühlbar machte. Neuritis optica beiderseits; die rechte Pupille kleiner als die linke, jedoch von normaler Reaction. Die zwei Monate durchgeführte antispecifische Behandlung erzielte eine scheinbare Restitutio ad integrum. Nach vierzehn Tagen aber neuer Anfall; drei Tage später Tod der Kranken. Die Autopsie bestätigte die klinische Diagnose. Friedheim.

Schmitt (10) theilt drei Fälle mit, in den Syphilitiker im secundären Stadium, sechs respective achtzehn Monate nach der Infection, ohne Eruption syphilitischer Erscheinungen, von umschriebener Anästhesie und Analgesie der Haut befallen werden, die sich im dritten Fall als Hemianästhesie einstellte, in allen drei Fällen allmälig entstand und auf mercurielle Behandlung langsam schwand. Verfasser führt diese Störungen auf centrale Veränderungen, Ernährungsstörung in der Capsula interna zurück. Finger.

Schmitt et Barban (11) bringen zwei Fälle sonst gutartig verlaufender secundärer Syphilis, in denen acht Monate nach der Infection sich Kopfschmerz und Hemiplegie einstellten, die auf energische mercurielle Behandlung sich besserten, ohne zur vollständigen Heilung zurückzugehen. In einem der Fälle führte ein Recidiv zum Tod und ergab die anatomische Untersuchung typische Arteriitis. Finger.

Der Patient Uhthoffs (12) soll zweimal (vor zwanzig und vier Jahren) specifisch inficirt gewesen sein; seit dem Herbst 1887 leidet er an einer Lähmung aller drei Aeste des rechten Trigeminus, einschliesslich der Geschmacksfasern; ein halbes Jahr später trat eine Lähmung des rechten Oculomotorius und weiterhin lancinirende Schmerzen links und Taubheitsgefühl in den Händen auf. Verfasser erklärt sich nicht für eine bestimmte Diagnose und wirft die Frage auf, ob es sich um eine Tabes mit eigenthümlichem Anfang, um eine gummöse Erkrankung oder um eine Mischform handle. In der Discussion bemerkte Oppenheim, dass solche unklare und schwierige Fälle gerade bei Syphilitikern nicht selten seien.

Derville (13) berichtet über einen vierzigjährigen Mann, der vor zwanzig Jahren inficirt, nun cutane Gummen und eine drei Monate dauernde von Atrophie der Musculatur begleitete Ischias darbietet. Antiluetische Therapie bringt Gummen und Ischias zur Heilung. Finger.

Die Formen unter welchen sich die syphilitischen Larynxaffectionen dem Arzte vorstellen, sind nach Ołtuszewski's (14) Erfahrungen folgende: 1. Breite Condylome. 2. Syphilitische Infiltration, subacute oder chronische Entzündung der Mucosa und Submucosa mit consecutiver Hypertrophie der letzteren. 3. Syphilitische Geschwüre. 4. Narbenbildung nach abgelaufenen specifischen Processen. 5. Entzündungen der Kehlkopfgelenke (ein Fall von Affection des Crico-arytaenoid.-Gelenkes). 6. Perichondritis laryngea. 7. Lähmung der Larynxmuskeln. Sowohl die symptomatologischen wie auch die therapeutischen Betrachtungen enthalten für Syphilidologen nur elementär Bekanntes. v. Watraszewski.

Bei der Section eines siebenunddreissigjährigen an Epilepsie leidenden Patienten fanden sich nach Ashby's (17) Bericht in den Wandungen des blassen und welken, nicht vergrösserten Herzens, weiche diffuse, bald festere, bald weichere Flecke, welche mikroskopisch aus Rund-, Spindelzellen und Fasergewebe mit stellenweiser Verdickung der Arterien bestanden. Ashby behauptete, dass es sich wahrscheinlich um eine syphilitische Veränderung gehandelt habe.

Hereditäre Syphilis.

1. **Fournier.** Syphilis par conception. — La semaine méd. 1889, Nr. 3.
2. **Morel-Lavallée.** Syphilis héréditaire tardive. — L'Union méd. 1888, Nr. 57.
3. **Baude.** Contribution à l'étude de l'influence de la syphilis sur la grossesse. — Ann. de derm. et de syph. 1888, 12.
4. **Money.** An atrophied and sclerosed Brain from a Case of Congenital Syphilis. — Brit. Med. Journ., 2. Februar 1889, pag. 243.
5. **Le Pileur.** Mortality from infantile Syphilis. — Lancet 12. Jan. 1889.
6. **Delarsone.** Pseudoparalysie syphilitique. — Ann. de derm. et de syph. 1889, I.
7. **Paget.** Disease of the nails in inherited Syphilis. Medical Society of London. — Lancet 2. Febr. 1889.
8. **Minos.** De la surdité profonde de la syphilis héréditaire tardive. — Analyse et critique des travaux parus jusqu'à ce jour. — La France Méd. 4. u. 5, 1889.
9. **Lloyd.** Congenital gumma. — The London Med. Record. 21. Jan. 1889 (Ref. aus Brit. Med. Journ. 27. Oct. 1888).

Mit der ganzen Energie seiner Beredtsamkeit tritt Fournier (1) in der vorliegenden klinischen Vorlesung für die Existenz einer „Syphilis par conception" ein. Schritt für Schritt führt er uns die Gründe dafür und dagegen vor, welche viel discutirt und doch immer wieder discutirt werden, weil ihnen eben nach beiden Richtungen hin eine absolute Beweiskraft fehlt. Neues bringt Fournier auch nicht vor; er erkennt die Berechtigung der Gegner an, die Richtigkeit der einzelnen Beobachtung in Zweifel zu ziehen. Aber er betont, dass eine solche Skepsis der Häufigkeit der Fälle und der Autorität der einzelnen Forscher (vor Allen Diday's) gegenüber, entschieden zu weit gehe, und dass, da wir doch die Uebertragung der Lues durch den Placentarkreislauf von der Mutter aufs Kind sicher kennen, und wir wissen,

dass diese hereditäre Lues auch ohne Primärerscheinungen, gleichsam „decapitirt“ verläuft, so haben wir auch theoretisch gar keinen Grund, denselben Uebertragungsmodus in der umgekehrten Reihenfolge, fortgesetzt anzuzweifeln. Ein von Gailleton publicirter Fall, in welchem nach einem einzigen Coitus mit einem sicher — nach ärztlicher Untersuchung — symptomfreien Manne, ein junges Mädchen gravid und ohne Initialaffect nach zweieinhalb Monaten allgemein luetisch wurde — das Kind erkrankte vierzehn Tage nach der Geburt — bildet den Schluss der überzeugenden Ausführungen Fournier's. Jadassohn.

In dem ersten der von Morel-Lavallée (2) berichteten Fälle handelt es sich um ein jetzt dreizehnjähriges Kind — das zweite eines frisch luetischen Vaters — welches in seinem zweiten Lebensmonat Psoriasis palm. et plantar., weiterhin ein papulöses Exanthem, Iritis und Keratitis interstitialis diffusa durchgemacht hatte; im zehnten Jahre Perforation des Gaumens, Ozaena; an beiden Tibiae und am Olekranon Exostosen. Heilung durch Protojoduret. Also: Syphilis hereditaria tarda mit klinisch festgestellten Früherscheinungen im frühesten Jugendalter. — Der zweite Patient war ein fünfundzwanzigjähriger Mann mit „Pseudotumor albus“.

Baude (3) theilt aus der Klinik Leloir's den folgenden Fall mit. Eine zweiundzwanzigjährige Prostituirte, die sich im fünften Monate der Gravidität mit Lues inficirte, zwei Sklerosen an der linken kleinen Schamlippe aquirirte. Im siebenten Monate der Gravidität, gleichzeitig mit einer, von leichten Allgemein-Erscheinungen begleiteten Eruption eines papulösen Syphilides, traten Schmerzen im Unterleib auf, die Anfangs dumpf und unbestimmt, sich bald in deutliche Wehen verwandelten und von Erweiterung des Cervicalcanales begleitet waren. Doch bald standen die Wehen still und erst drei Wochen später erfolgte die Entbindung eines 2500 Gr. schweren Mädchens. Baude wirft nun die Frage auf, ob diese mit der Eruption sich einstellenden Wehen ein Werk der Syphilis sind, die er bejaht, indem er auf die Neigung der Syphilis, gerade in dieser Zeit Abortus und Frühgeburt zu bewirken, hinweist. Er weist dann auf die in Frankreich zuerst durch Leloir vertretene Ansicht hin, dass das Syphilisvirus sich in der Primärperiode nur örtlich, in Initialaffect und Drüsenschwellungen eines sonst gesunden, von Virus freien Körpers vermehre und erst in der Eruptionsperiode in den Gesammtorganismus übergehe. Die Eruptionserscheinungen seien Erscheinungen der eben eingetretenen Allgemein-Infection, und diese eben erfolgte Allgemein-Infection könne unter anderen Symptomen auch Abortus bewirken. Diese Thatsache indicirt aber für den Arzt im Falle einer Infection einer Graviden, gerade für die Eruptionsperiode prophylaktische Massregeln. Finger.

Money (4) berichtet über den Sectionsbefund eines Kindes, das im Alter von sechzehn Monaten unter Convulsionen verstorben war: es fand sich Atrophie und Sklerose der linken Gehirnhemisphäre ohne Erkrankung der Arterien oder der Gehirnhäute; das Gehirn wog 4 Unzen; der Schädel hatte 15 Zoll im Umfang. Das Kind konnte im Leben weder stehen noch sitzen, noch sprechen; alle Glieder waren spastisch contrahirt. Money betrachtet den Fall daher als einen Beitrag zu der Frage von der Bedeutung der congenitalen Syphilis für die Entstehung des Idiotismus und der Epilepsie. Jadassohn.

Le Pileur (5) nimmt St. Lazare als Typus städtischer Verhältnisse überhaupt an. Vierzehn Procent der Schwangeren fand Le Pileur luetisch. Unter hundert Aborten und Geburten syphilitischer Mütter überlebten nur sieben den fünften Lebensmonat. Von diesen interessanten Einzeldaten

macht aber nun Le Pileur auf Pariser und städtische Verhältnisse überhaupt Schlüsse, die entschieden als zu gewagt anzusehen sind.

Friedheim.

Delarsone (6) berichtet über einen Fall hereditärer Syphilis, anscheinend maternen Ursprunges von mehrfachem Interesse. Die Mutter, 1882 inficirt und in der Behandlung sehr nachlässig, verblieb einmal ungewöhnlich lang, bis Ende 1885, im secundären Stadium. Von vier Kindern starben die ersten drei rasch, anscheinend an hereditärer Lues, das vierte, sechs Jahre nach der Infection geboren, kam einen Monat zu früh zur Welt und zeigte neunzehn Tage nach der Geburt, gleichzeitig mit einem syphilitischen Exanthem Parrots Pseudoparalyse, Lähmung zuerst beider unteren, dann auch beider oberen Extremitäten mit Herabsetzung der Sensibilität und Anschwellung der Gelenke, an der auch die Gelenksenden in Form von Verdickung und starker Schmerzhaftigkeit bei Druck participiren. Gemischte Behandlung, Einreibung à 1·0 und Jodkali 0·4 pro die, bringt in zwanzig Tagen Heilung. Finger.

Paget (7) beschreibt ein vier Monate altes Kind, welches nach zwei Aborten als erstes lebend geboren war; dasselbe hatte Papeln ad anum und an der Brust. Alle Nägel an Händen und Füssen waren verdickt, entfärbt, gelockert. Schnüffeln, leichte Form von Pemphigus auf der Haut mit starker Abschuppung derselben weiterhin. Der Zustand besserte sich unter der antispecifischen Behandlung. Friedheim.

Veranlasst durch zwei Fälle tiefer Taubheit bei einem Mädchen und Knaben von zwölf, beziehungsweise vierzehn Jahren, Fällen, die durchaus den von Fournier in seinem Werke über Syph. hered. tard. beschriebenen gleichen, ging Minos (8) daran, die Literatur daraufhin durchzusehen. Den alten Aerzten waren die Ohraffectionen, die im Verlaufe der erworbenen Syphilis vorkommen, bekannt. Hutchinson gebührt das Verdienst, auf den Einfluss der Syph. hered. tard. hingewiesen zu haben (1863). In Frankreich verbreitete Hermet diesen neuen Gesichtspunkt, in Deutschland Trostlich, Politzer, Urbantschitz, Hartmann. In den Lehrbüchern findet man gemeinhin, dass die erworbene Lues das äussere Ohr, den äusseren Gehörgang, das Mittel- und innere Ohr afficiren könne. Dieselben Affectionen können durch die Syph. hered. tard. hervorgerufen werden, doch hat diese das Charakteristikum, schnelle und tiefe, totale doppelseitige Taubheit hervorzurufen, Merkmale, die Fournier und Tarrot zuerst angegeben haben. Pierre hat als Charakteristicum der durch Syph. hered. tard. hervorgerufenen Ohraffectionen (London 1881) angegeben: Ausgesprochene, schnell vorschreitende Taubheit, Indolenz, schneller und völliger Verlust der Knochenleitung, häufige Obliteration der Tuba Eustachii, häufige Betheiligung des Mittelohrs, Nase, Pharynx mit einem Katarrh. Weniger völlige Heilung als beim einfachen Katarrh. An der syphilitischen Natur dieser Affectionen ist bei der Art des Auftretens der Symptome, bei dem klinischen Bilde, das sie bieten, bei der meist nachgewiesenen Abstammung von luetischen Eltern und den häufig nachweisbaren Zeichen ererbter Lues nicht zu zweifeln. Das Alter, in dem diese Affectionen auftreten, ist das der zweiten Kindheit, der Pubertät sich nähernde, im Mittel von zehn bis achtzehn Jahren. Das weibliche Geschlecht ist das häufiger befallene. Pathologisch-anatomisch fehlt Mangels von Autopsien jeder Anhalt über den Sitz und die Art der Affection. Die Symptome sind: Rapide fortschreitende Taubheit, Verlust der Knochenleitung (im Gegensatze zu anderen Mittelohraffectionen). Mangel an Schmerzempfindung, das Trommelfell intact oder wenig verändert. Die Diagnose ist auf Grund der angegebenen Symptome zu machen, sie wird oft erleichtert durch den syphilitischen Habitus und

vorhandene syphilitische Veränderungen. Die Behandlung ist wenig aussichtsvoll. Stein.

Lloyd (9) stellte ein fünfzehnjähriges Mädchen vor, welches seit längeren Jahren an Anschwellungen im Verlauf des rechten M. sternomastoideus gelitten hatte, die als strumöse Drüsen angesehen wurden. Als dieselben durch Operation entfernt werden sollten, wurden keine Drüsen, sondern der ganze M. sterno-mastoideus in gummöses Gewebe umgewandelt, gefunden. Bei den Geschwistern des Mädchens waren hereditär syphilitische Erscheinungen vorhanden gewesen. Zeising.

Therapie der Syphilis.

1. **Lassar** Oskar. Zum Stande der Syphilisbehandlung. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 6.
2. **Jackson.** The Treatment of Syphilis; its Frauds and its disappointments. — Brit. Med. Journ. 2. Febr. 1889, Nr. 1466.
3. **Gésny.** Traitement abortiv et facteurs de la gravité de la syphilis. — Alger 1888.
4. **Soffiantini.** Il calomelano adoperato per iniezioni (ipodermiche ed intramuscolari) a scopo diagnostico. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1888, Nr. 4.
5. **Balzer** F. et **Klumpke** A. De l'élimination du mercure par les urines, pendant et après le traitement mercuriel. — Rev. de méd. 1888, Nr. 4.
6. **Rangé.** Les injections mercurielles et l'huile grise. — Bullet. méd. 1888, Nr. 63.
7. **Vigier.** Préparation rapide de l'huile grise. — La semaine méd. 1889, Nr. 8.
8. **Hirtz.** Des injections sous-cutanées d'huile grise benzoïnée. — La semaine méd. 1889, Nr. 5.
9. **Haudring.** Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit Calomelinjectionen. — Petersburger med. Wochenschr. 1888, Nr. 43.
10. **Diday.** Un point noir dans l'huile grise. — Bullet. méd. 1888, Nr. 72. **Rangé.** Des injections d'huile grise et de leur inoffensivité. — Bullet. méd. 1888, Nr. 78.
11. **Hallopeau.** Des inconvenients et des dangers inhérents au traitement de la syphilis par les injections de mercure pratiquées à intervalles élovignés. — Bullet. méd. 1888, Nr. 67.
12. **Runeberg** J. W. Quecksilberintoxication mit tödtlichem Ausgang nach subcutanen Calomelinjectionen. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 1.
13. **Stukowenkow.** Ein neues Hg-Salz — Hydrarg. benzoïcum — oxydatum zur Behandlung der Syphilis. — Wratsch 1889, Nr. 4, pag. 93—94 (russisch).
14. **Giedroyc.** Ueber Nachschübe der Syphilissymptome bei Behandlung mittelst Injectionen von gelbem Quecksilberoxyd. — Medycyna 1888.
15. **Renk.** Untersuchungen über das Verstäuben und Verdampfen von Quecksilber, mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Spiegelbeleganstalten. — Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamt, V. Bd., 1. Heft 1889, S. 113 u. f.
16. **Stintzing.** Klinische Betrachtungen über Calomel als Diureticum und Hydragogum. — Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. 43, Heft 2—3.
17. **Bieganski.** Ueber die diuretische Wirkung der Quecksilberpräparate. — Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. XXXXIII, Heft 2—3.

18. **Fournier.** Des modes d'administration de l'iodure de potassium dans la syphilis. — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 28.
19. **Poor.** Jod, das sicherste und unschädlichste Heilmittel bei Syphilis. Vortrag auf der 24. Wanderversammlung ungarischer Naturforscher und Aerzte etc. — Allg. Wiener med. Ztg. 1888, Nr. 36.
20. **Cervesato.** Ueber therapeutische Anwendung des Jodols bei inneren Krankheiten. — Wiener klin. Wochenschr. 1889, Nr. 6.
21. **Schachmann.** Epistaxis incoercibles rapidement guéries par l'iodure de potassium. — Hépatite syphilitique. (Arch. Roumaines 1889, Nr. 1.)
22. **Besnier.** Jodkalipurpura, nicht Jodpurpura. Reunion clinique hebdom. de l'hôpital St. Louis, 29. Nov. 1888. — Ann. de derm. et de syph. 1889, Nr. 1.
23. **Radestock.** Ueber Schwitzcuren bei Syphilis. — Therap. Monatsh. 1889, Heft II.
24. **Carrié.** Injicirender Zungenspatel. — Illustr. Monatsschr. der ärztl. Polytechnik 1889, 1. Heft.
25. **Sternberg.** Ein neuer einfacher Mundspiegel. — Illustr. Monatsschr. der ärztl. Polytechnik 1889, 1. Heft.

Lassar (1) empfiehlt, um dem an Syphilis Erkrankten die günstigsten Chancen für die Heilung zu bieten, Entfernung des Primäraffectes mittelst Excision und ausserdem alsbaldigen Anfang der Allgemeinbehandlung. Die Excision kann eventuell die Krankheit im Keime ersticken, oder wenigstens den weiteren Verlauf mildern. Da man aber nie wissen kann, wie weit das Gift in den Lymphbahnen schon vorgedrungen ist, so soll man auch gleich die allgemeine Behandlung einleiten. Für dieselbe verwirft Lassar die Benutzung der Injectionen unlöslicher Quecksilbersalze, da dieselben zu grosse Gefahren bieten, wie durch die Mittheilungen von Kraus, Runeberg und Lesser erwiesen. Er empfiehlt Sublimatlösung, die er zweiprocentig bei Männern, dreimal wöchentlich 1 Gr., und einprocentig bei Frauen, ebenso oft mit 1 Gr. (nach Zusatz von 3 Procent Na Cl gekocht, filtrirt und mittelst haarscharfer Spritze) injiciren lässt. Selbstverständlich wendet er auch Jodkali, bei schweren Syphiliden in Combination mit Hg an. Vor Beginn jeder Cur soll die Mundhöhle vom Zahnarzt gereinigt werden. Als schätzbares Adjuvans jeder Syphiliscur lobt er Massage der Drüsen und Muskeln mit grüner Seife, womöglich mit 3—4procent. Salzbade, jedenfalls im täglichen Bade. Ebenso sind Schwitzproceduren mit oder ohne Jaborandi von günstigem Einfluss. Entziehungscuren sind zu verwerfen, vielmehr ist kräftige, stickstoffhaltige Ernährung anzurathen. Die Kranken sollen sich viel in frischer Luft bewegen, viel ungestörten Schlaf haben und ein ruhiges Allgemeinverhalten beobachten. Sternthal.

Jackson (2) wendet sich gegen die abortive Behandlung der Syphilis, von der er Erfolge nie gesehen; er glaubt nicht an die Contagiosität der Lues in dem intermediären Stadium, und berichtet andererseits über Fälle, in denen neun, zehn, fünfzehn Jahre nach einer sorgfältigen Behandlung „durch abortive Massnahmen" secundäre Symptome auftraten. (?)

Jadassohn.

Gésny (3) ist ein Anhänger der Zerstörung des syphilitischen Initialaffectes. Er sieht denselben sowohl als die Drüsenschwellung nur als örtliche Manifestationen des Virus in einem sonst von Virus freien Organismus an. Doch muss die Excision des Initialaffectes noch vor der Entwickelung der Drüsenschwellung erfolgen. Für die Schwere des Verlaufes der Syphilis macht er verschiedene Virulenz des Impfstoffes, sowie Complicationen, Alkoholismus, Tuberculose, Malaria verantwortlich. Mercur schwächt das Virus ab, frühzeitige mercurielle Behandlung schiebt die Eruption hinaus, mildert

die Intensität derselben. Die leichteste Syphilis komme aus reichlich, lange und energisch mercuriell behandelter Quelle. Finger.

Soffiantini (4). Für den nicht nur therapeutischen, sondern auch diagnostischen Werth hypodermatischer, respective intramusculärer Calomelinjectionen spricht folgender Fall: ein zweiundvierzigjähriger Mann bekam an der rechten Zungenhälfte, nahe am Zungengrunde, eine haselnussgrosse exulcerirende Geschwulst von weissröthlicher Farbe und speckigem Aussehen, mit eitrig belegtem Grunde und ausgezackten Rändern. Die Anamnese ergab absolut keinen Anhaltspunkt für die Annahme einer vorhergegangenen luetischen Infection. Namhafte Chirurgen stellten die Diagnose auf Epitheliom, und riethen zur sofortigen Exstirpation der Geschwulst. Schon waren alle Vorbereitungen für die Vornahme der Operation getroffen, als Scarenzio, welcher dem Falle beigezogen wurde, den Vorschlag machte, die Operation zu verschieben und vorläufig zu diagnostischem Zwecke dem Kranken 0·10 Calomel zu injiciren. Zwei Tage nach der Injection hatte die Geschwulst bereits an Grösse abgenommen, der Grund erschien reiner, die Ränder nicht mehr ausgefressen. Nach einer Woche war von der Geschwulst nur mehr eine Spur zu sehen und nach einer zweiten Injection trat vollständige Heilung ein. Dornig.

Balzer und Klumpke (5) führen auf mehr als 1500 Urinanalysen, von Souchow und Michaelowsky gestützt, den Nachweis, dass während der Hg-Behandlung die Ausscheidung des Quecksilbers in der ersten Zeit je nach der Grösse der eingeführten Hg-Menge mehr oder weniger rapid zunimmt, bis sie nach etwa dreissig bis vierzig Tagen das Maximum erreicht. Von da an hält sie sich ungefähr immer auf gleichem Niveau, und zwar im Ganzen unabhängig von der Menge des noch weiterhin dem Organismus einverleibten Mercurs. Um diese Zeit muss man also aus natürlichen Gründen am meisten auf Symptome beginnender Intoxication achten. Allmälig wirkt dann die Curve der Ausscheidung wieder; die letztere hört sechs bis neun Monate nach Beendigung der Cur gänzlich auf. Jodkali hat nicht den vielgerühmten Einfluss auf die Entfernung des Hg, dagegen sind heisse Luftbäder zu diesem Zwecke sehr gut zu verwerthen. Die nach Brasse bestimmte tägliche Ausscheidungsgrösse betrug — bei Injection von $7^1/_2$ Mgr. Hg — 4 Mgr. im Urin, 2 Mgr. im Speichel, der Rest wird durch Haut und Intestinaltractus ausgeschieden.

Rangé (6) bespricht ausführlich Lang's Injectionen mit grauem Oel als deren Anhänger er sich bekennt, deren Methode, Antiseptik, er ausführlich anführt, ohne in seinen Ausführungen Neues zu bringen. Abscesse und Stomatitis sah er nicht. Die Infiltrate sind leicht und mässig schmerzhaft. Wenn er aber auch diese Methode als die zweckmässigste Art der Einverleibung des Hg ansieht, so constatirt auch er, dass sie vor Recidiven nicht schützt. Finger.

Vigier (7) schlägt zur schnelleren Bereitung des Oleum cinereum folgendes Verfahren vor: Man reibt während einer Viertelstunde 1 Gr. Ungnt. cinereum (der französischen Pharmak.) mit 2·5 Gr. „Vaseline solide" und 19·5 Gr. Hydrarg. und fügt dann 7 Gr. Vaseline solide und 20·0 Gr. Vaseline liquide hinzu. So erhält man in kürzester Zeit graues Oel, das in zwei Zehnteln einer Pravaz'schen Spritze 0·08 Hydrarg. enthält.

Jadassohn.

Hirtz (8) hat in der Lourcine 139 Injectionen mit dem Neisserschen Oleum cinereum benzoatum gemacht und hat nur fünfzehnmal kleine Infiltrate im Niveau des Stiches, niemals einen Abscess beobachtet. Mit dem therapeutischen Effect ist er sehr zufrieden gewesen. Er glaubt, dass die

kleinen Infiltrate dann entstanden, wenn das graue Oel älter war — eine Erfahrung, die in der Breslauer Klinik nicht gemacht worden ist — oder wenn die Canüle zu kurz war. Zur Vermeidung der Stomatitis liess er die Patienten die Zähne zweimal täglich mit einem Zahnpulver aus Kohle und Chlorkali ausputzen. In der Debatte hob Balzer hervor, dass die Resultate von Hirtz besser seien, als seine eigenen. Jadassohn.

Haudring (9) empfiehlt die Calomelinjectionen nach der Neisser-schen Verordnungsart besonders für die Hospitalpraxis; er berichtet über 724 Injectionen, von denen sechs abscedirten, von neun bei drei Kindern ausgeführten Einspritzungen vereiterten fünf. Der Verfasser hält die Wirkung der Injectionen dann für prompter, wenn gegen die Primärerscheinungen keine specifische Behandlung eingeleitet wurde.

Diday und Rangé (10) constatiren, dass in dem Falle bösartiger Stomatitis, den Hallopeau mitgetheilt, die Dosis graues Oel, die zur Injection kaum viel grösser war, als Lang es vorschreibt. Einmal setzt dieser das graue Oel im Verhältnisse Hg 6 : 30 zusammen, das in Hallopeau's Falle war Hg 9 : 21. Dann aber injicirt Lang 0·3 Ccm. auf einmal. Die Patientin erhielt $^1/_2$—1 Ccm., also mehr auf einmal, als Lang in drei Wochen und sechs Injectionen anwendet. Nach Lang's Vorschrift angewendet, sei das graue Oel ungefährlich und wirksam. Finger.

Hallopeau (11) warnt vor der Einführung grosser Dosen Hg. Zum Beweis, dass Quecksilber-Idiosynkrasien nicht so selten seien, die gerade bei dieser Methode sehr zu Tage treten, theilt er den Fall mit, eine Frau betreffend, die in Intervallen von je acht Tagen fünf Injectionen graues Oel (Quecksilber 9·0, Lanolin 6·0, Ol. olivar. 15·0) erhielt. Bei den beiden ersten Injectionen wurde 1 Ccm., bei den späteren $^1/_2$ Ccm. injicirt. Vier Tage nach der letzten Injection entwickelte sich foudroyante Stomatitis, Ulcerationen des Zahnfleisches und der Wange, Glossitis mit so bedeutenden Athembeschwerden, dass man am Punkte war, Tracheotomie zu machen. Phlegmone der Wange. Alle fünf Injectionen waren abscedirt. Finger.

Runeberg (12) warnt vor der Anwendung grösserer Dosen unlöslichen Quecksilbersalzes zu subcutanen Injectionen, da eine ganze Reihe von Intoxicationen mit tödtlichem Ausgang nach solchen Injectionen eingetreten sind. Um dieses schlechte Resultat herbeizuführen, ist es durchaus nicht nöthig, wie früher Scarenzio und Smirnoff, 0·20 Calomel auf einmal zu injiciren; wie der bekannte, von Kraus mitgetheilte Fall beweist (Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 12), kann auch die jetzt übliche Dosis von 0·1, verhängnissvoll werden. Das Bedenkliche bei Anwendung der unlöslichen Quecksilberpräparate liegt in dem Umstande, dass der Arzt das Mittel nicht mehr zu beherrschen vermag, sobald es im Organismus deponirt ist. Es wird während einer Reihe von Wochen fortgesetzt resorbirt, ohne dass man beurtheilen kann, wie viel täglich in wirksame Form übergeführt und resorbirt wird; ohne dass man aufhören kann, das Mittel dem Organismus zuzuführen, wenn es beginnt, schädlich zu wirken. Die scheinbare Exactheit der Dosirung sei somit eine Illusion. Runeberg schlägt daher vor, lieber noch unter 0·1 Calomel pro Injection herabzugehen und kleinere, oft wiederholte Dosen zu injiciren. Eine Reihe von Krankengeschichten dienen den Ausführungen des Verfassers als Stütze.

Sternthal.

Stukowenkow (13) berichtet in einer kurzen Mittheilung über therapeutische Versuche mit einem neuen Hg-Präparat — Hydrarg. benzoïcum oxydatum. Das Mittel wurde von Herrn Apotheker H. Brandt in Kiew be-

reitet, hat die Formeln: $(C^7H^5O^2)^2Hg + H^2O$ und enthält dreiundvierzig Procent Quecksilber. Das Quecksilberbenzoat wurde vom Verfasser äusserlich, innerlich und auch subcutan bei Lues, weichen Geschwüren und Gonorrhöe mit sehr günstigem Erfolge angewendet, und wurde bei Syphilis zu intramusculären Injectionen die wässerige Lösung (circa ein Procent) auch eine zehnprocentige Suspension in Vaselinöl nach folgender Formel angewendet: Hg benzoïci oxyd., Vaselini puri āā; Ol. vaselini 9·5, ut f. susp. zehn Procent Hg benz. Die tiefen Injectionen wurden (zu zwei) wöchentlich einmal ausgeführt; im Ganzen waren vier bis sechs Injectionen (0·1—0·16) nöthig, um syphilitische Erscheinungen zum Schwinden zu bringen. Abscesse und Infiltrationen wurden keine beobachtet, dagegen dauerte manchmal ein Brennen den ganzen Tag. Innerlich wurde das Mittel in Pillenform verordnet (0·01—0·04 pro die). Gegen Gonorrhöe gelangte das Mittel äusserlich zur Anwendung, als wässerige Lösung (1—2 : 6000), bei weichen Geschwüren empfiehlt Stukowenkow eine Lösung von 1—3 : 480. Da das Hg. benzoïcum in Wasser sehr schwer löslich ist, so muss zur Erzielung einer Lösung auf vier Theile des Mittels ein Theil Natr. chlorat. zugesetzt werden.

Szadek.

Giedroyc (14) vergleicht die durch Injectionen von Hydrarg. oxydat. flavum (v. Watraszewski) erhaltenen Behandlungsresultate mit denen durch Frictionscuren erzielten. Das Material bestand aus recent-syphilitischen, ausschliesslich prostituirten Frauen, von denen einerseits 250 (in den Jahren 1884—85) mit Einreibungen, und andererseits 122 (in den Jahren 1886 bis 1887) mit Injectionen von Hydr. oxyd. flav. im St. Lazarushospitale in Warschau behandelt worden waren und dasselbe nur symptomenfrei verlassen durften. Giedroyc stellte sich zwei Fragen auf: 1. Sind die nach dem Hg. oxyd. auftretenden Recidive schwererer Natur, als bei den per frictiones behandelten Patienten? 2. Sind bei ersteren die Nachschübe frequenter? — Die Antwort fiel auf beide Fragen negativ aus, wobei sich ausserdem noch herausstellte, dass die allgemeine Zahl der Recidive nach den Frictionen ein wenig geringer ist, als nach Injectionen, dafür folgen aber die Nachschübe bei den ersteren rascher nach einander.

v. Watraszewski.

Renk (15). Der erste Theil dieser Untersuchungen, der die Frage des Verstäubens des metallischen Quecksilbers in den oben genannten Oertlichkeiten theils durch das Experiment, theils durch Analyse des Fabriksstaubes erledigt, interessirt die syphiliatrischen Kreise nur ungefähr. Darum möge blos erwähnt werden, dass Renk den quecksilberhaltigen Staub der Fabriksräume in hohem Grade verstäubungsfähig findet, während dies für das metallische Quecksilber nicht gelten soll. An Gegenständen hoch über dem Boden haftender Staub ergab neun bis siebzehn Procent Quecksilber. Interessanter für unser Gebiet, weil auch die Inunctionstherapie streifend, ist der zweite Abschnitt der Arbeit: Versuche über das Verdampfen von Quecksilber. Verfasser bestimmt die von Flächen metallischen Quecksilbers verdampfenden Mengen, findet einen relativ sehr hohen Quecksilbersättigungsgrad von Luftschichten in der Nähe der verdampfenden Metallflächen (bis siebenundzwanzig Procent), weist nach, dass die Arbeiter sehr grosse Mengen Quecksilbers an ihren Kleidern beständig mit sich schleppen. Im Anschlusse hieran berührt Renk die bei der Inunctionscur bestehende Möglichkeit einer Verdampfung von Quecksilber und Resorption in dieser Form. Selbst bei unvollkommener Sättigung mit Quecksilber könne die aus den quecksilberhaltigen Kleidung empor an den Athmungsorganen vorbeistreichende Luft genügend viel Quecksilber zur Entfaltung einer Hautwirkung entfalten und abgeben.

Winternitz.

Stintzing (16) hat auf der Ziemssen'schen Klinik ausser bei hydropischen Kranken und solchen mit Exsudaten, auch bei vier Patienten mit beliebigen Leiden Versuche mit Calomel (dreimal täglich 0·2) gemacht und fand, dass es ein besseres Diureticum ist, als alle anderen harntreibenden Mittel, besonders bei cardialem Hydrops, dass der Beginn der Harnvermehrung meist auf den zweiten bis vierten Tag fällt, die Polyurie mindestens drei, meist vier bis fünf, selten bis zu zwölf Tagen anhält; Stintzing hält eine directe Einwirkung des Calomel auf das secernirende Epithel der Nieren für das Wahrscheinlichste. Richard Kohn.

Jendrássik hat bekanntlich behauptet, dass Calomel nur bei Oedemen diuretisch wirke. Um die Richtigkeit dieser Behauptung zu prüfen, stellte Bieganski (17) Versuche bei luetischen, im Uebrigen aber gesunden Individuen an, denen er drei Tage lang dreimal täglich 0·2 Calomel (cum opio) gab, und fand, dass nach einer anfänglichen Oligurie am vierten bis zehnten Tage eine gesteigerte, meist nicht unbeträchtliche Diurese eintrat (wenn auch die Wirkung bei Oedemen in Folge von Herzfehlern eine grössere ist), dass das specifische Gewicht des Urins fiel, dass das eingenommene Flüssigkeitsquantum nicht im Verhältniss zur gesteigerten Secretion stand, zumal der Durst nur ein wenig stärker wurde. Alle vier bis fünf Tage traten Schwankungen in der Menge des Urins vom Maximum zum Minimum ein. Die Hauptrolle spielt die Menge des eingeführten Präparats; nur mittlere und grössere Gaben wirken diuretisch. Dagegen kommt es auf das Präparat selbst nicht an. Auch Einreibungen mit Ungt. cinereum lassen eine Steigerung der Diurese erkennen, am stärksten erfolgt dieselbe nach Injectionen, und zwar versuchte Verfasser Hydrarg. oxydulat. nigr. 0·06 pro dosi und Sublimat 0·005 pro dosi mit Na Cl. Bei pathologischen Veränderungen der Nieren wirken die Hg-Präparate schwächer oder auch gar nicht auf die Diurese. Die Ursache der diuretischen Wirkung ist wahrscheinlich der Reiz, den die ausgeschiedene Hg-Menge auf die Nierensubstanz ausübt. Richard Kohn.

Fournier (18) wendet Jodkali in dreierlei Weise an: 1. subcutan, 2. im Klysma, 3. innerlich per os. Die subcutane Injection will Fournier nur in den seltensten Fällen angewendet wissen, z. B. bei cerebraler Syphilis mit comatösen Erscheinungen. Auch die zweite Form als Klysma ist nur dann anzurathen, wenn Jodkali vom Magen durchaus nicht vertragen wird; es empfiehlt sich hier, dem Klysma einige Tropfen Laudanum hinzuzufügen. Diese beiden Formen verschwinden natürlich gegenüber der innerlichen Anwendung per os. Man gibt Jodkalium dann am besten in der Form von Solutionen oder mit Syrup in folgender Weise: Kalii jodat. 30·0, Aqu. destill. 500·0, oder Kalii jodat. 25·0, Syr. corticis aurant. 500·0, oder Kalii jod. 25·0, Syr. simpl. 350·0, 150·0 (für Frauen). Die Durchschnittsdosis pro die beträgt für den erwachsenen Mann 3—4 Gr., für die Frau 2—3 Gr.; niedere Dosen sind unzureichend, höhere von 5—10 Gr. sind nur in seltenen Fällen zu empfehlen, z. B. bei cerebraler Syphilis, Phagedänismus oder bei ganz alten Krankheitsformen. Die Anfangsdosis pro die darf nach Fournier beim Mann 2 Gr., bei der Frau 1·5 Gr. nicht überschreiten.

Galewsky.

Poor (19) empfiehlt in einem Panegyricus auf die alleinige Jodbehandlung der Syphilis das Jod in Verbindung mit Natr. bicarb., Natr. sulfur. und mit Unterstützung durch eine Hungerdiät und laue Bäder; mit dieser Behandlung will er zu allen Zeiten, in jedem Stadium der Syphilis (möglichst schon des Primäraffectes) die glänzendsten und sichersten Resultate erzielt haben; dabei soll auch die Recidive gänzlich ausbleiben. Dass bei dieser Auseinandersetzung auch die Nachtheile des Quecksilbers in der

gebührenden Weise berücksichtigt werden, ist der Erwähnung wohl kaum werth. Jadassohn.

Cervesato (20) hat das Jodol unter Anderem auch bei tertiärer Syphilis versucht, und berichtet über sehr günstige Erfolge bei combinirter, interner und externer Anwendung (die letztere in Form der Mazzoni'schen Lösung [1 Jodol, 16 Alkohol, 34 Glycerin]); besonders empfiehlt der Verfasser das Jodol auch bei ulcerirten Gummen des Gaumens. Erscheinungen von Jodismus hat er nur einmal beobachtet. Jadassohn.

Schachmann (21) beschreibt einen Fall von Lebersyphilis, der vollständig Jahre hindurch unter den Erscheinungen einer biliären Lithiasis verlief; gleichzeitig litt die Kranke an periodisch wiederkehrenden, sehr schwer stillbaren und Tage lang andauernden Nasenblutungen. Als Schachmann zufällig bei dem Ehemann der Kranken die Zeichen einer tertiären Lues entdeckte, ordnete er die sofortige Darreichung von Jodkalium an. Nach einer Gabe von 3 Gr., welche innerhalb einer Stunde gegeben wurde, stand nicht nur sofort die Nasenblutung, gegen welche vier Tage lang vergeblich Tamponade etc. versucht worden war, sondern in Folge des dauernden Jodkaliumsgebrauches trat auch nie mehr Epistaxis auf. Ebenso verschwanden allmälig bei derselben Therapie die Lebererscheinungen; die Kranke wurde nach Verlauf eines Jahres als geheilt entlassen. Galewsky.

Besnier (22) stellt einen Patienten mit inveterirter Syphilis vor, der nach Darreichung einer jeden Dose Jodkali wiederholt eine ausgebreitete Purpura an den unteren Gliedmassen zeigte. Nachdem diese Purpura bei internem Gebrauch von Jodtinctur sich nicht einstellte, betont Besnier, dass es sich um eine Intoleranz gegen Jodkali, nicht Jod, handelt. Finger.

Radestock (23). welcher die Schwitzcur bei Syphilis zur Unterstützung specifischer Curen für unentbehrlich hält, lässt vom Bestehen des Primäraffectes mehrmals wöchentlich warme Bäder von circa 30° R. und etwa halbstündiger Dauer nehmen, bis zum Auftreten des Exanthems. Wenn dann eine Inunctionscur vorgenommen wird, so wird das Bad nur an den Ruhetagen der Touren verordnet. Das Schwitzen nach dem Bade wird durch Thee, respective Pilocarpininjectionen verlängert. Die Schwitzcur wird eventuell mit Pausen jahrelang fortgesetzt. Bei guter Ernährung „wird das Resultat das denkbar beste sein". Krankengeschichten, Literaturangaben und dergleichen hat die sehr kurze Arbeit nicht aufzuweisen. Karl Herxheimer.

Carrié (24) hat einen Zungenspatel construirt, welcher nicht blos zur Untersuchung, sondern zugleich auch zur Application von Medicamenten im Rachen, die ja namentlich bei Kindern oft so schwierig ist, zu verwenden ist. Der Spatel ist hohl und am vorderen Rand mit zwei Oeffnungen versehen; an den Spatel ist eine Kautschukbirne angeschraubt, die mit einem Saugschlauch in Verbindung steht. Der letztere taucht in ein Gefäss mit der zu applicirenden Flüssigkeit, welche durch Druck auf die Birne in Form eines Sprays auf die Rachenwandung applicirt wird. Jadassohn.

Sternberg (25) hat, um namentlich die vorderen Partien der Mundhöhle der Untersuchung leichter zugänglich zu machen, als es mit dem gewöhnlich gebrauchten Spatel möglich ist, einen Mundspiegel aus festem Neusilberdraht construirt (zu beziehen von Reiner, Wien IX., van Swietengasse 10), der sich auch als Spatel benutzen lässt. Die sehr einfache Anwendungsweise geht aus der Construction des Instrumentes ohne Weiteres hervor. Jadassohn.

*

Buchanzeigen und Besprechungen.

Roberto Campana, Professore ordinario di Clinica dermosifilopatica nella Regia Università di Genova. **Dei morbi sifilitici e venerei.** Sommario di conferenze in due parti, con figure. — Genova, Stabilimento Tipografico del Commercio. — 1889.

Angezeigt von Dr. J. Dornig in Laibach.

Der den Lesern dieses Archives aus so mancher werthvollen Arbeit dermatologischen Inhaltes bekannte ausgezeichnete Genueser Kliniker hat mit vorliegendem Compendium die italienische Fachliteratur um ein Werk bereichert, dessen Erscheinen nicht nur von den Studirenden, denen es als Leitfaden beim Studium der Syphilis und der localen venerischen Krankheiten dienen und ihnen die Elementarkenntnisse dieser Disciplinen beibringen soll, sondern auch von den praktischen Aerzten, welche sich über den gegenwärtigen Stand der Venereologie überhaupt unterrichten wollen und denen Zeit und Gelegenheit mangelt, grössere Specialwerke zu Rathe zu ziehen, mit Freuden begrüsst werden wird; denn es enthält in knapper Form und dabei doch in sehr übersichtlicher und praktischer Zusammenstellung alles Wissenswerthe über den Gegenstand. Der Verfasser hat für sein Lehrbuch, zu dessen Abfassung er durch seine Vorträge, die er in den Jahren 1879—80 an der Genueser Klinik für Syphilis gehalten, angeregt wurde, eben mit Rücksicht auf dessen Entstehung die Form von Vorlesungen gewählt, was dem Buche durchaus nicht zum Nachtheile gereicht; die den einzelnen Vorlesungen beigegebenen, an den jeweiligen theoretischen Vortrag anknüpfenden und diesen erläuternden klinischen Beobachtungen bilden eine werthvolle, dem Leser gewiss sehr willkommene Bereicherung des Buches.

Das Werk zerfällt in zwei Theile, deren erster in siebzehn Vorlesungen (339 Seiten) die Pathologie und Therapie der Syphilis zum

Gegenstande hat, während im zweiten Theile in fünfzehn Vorlesungen (173 Seiten) die blennorrhagischen Affectionen und die venerische Helkose nebst ihren Complicationen abgehandelt werden.

Zur Kennzeichnung des Standpunktes, welchen der Verfasser einnimmt, heben wir hervor, dass er strenger Dualist und zwar Anhänger der französischen Dualitätslehre ist, dass er bezüglich der Blennorrhöe die eminente Bedeutung der Gonococcen für die Aetiologie und Diagnose dieser Affection in vollem Umfange würdigt, dass er endlich dem Ulcus molle jede Specifität abspricht und diese Geschwürsform als localen septischen Process, bedingt durch die Uebertragung pyogener Coccen, auffasst.

Aus dem Inhalte des Werkes möchten wir jene Capitel besonders herausheben, in denen der Verfasser, ohne die einem Compendium gezogenen Grenzen zu überschreiten, die Ergebnisse seiner Specialforschungen über den pseudo-indurirten Schanker Tarnowsky's, über Adenitis gummosa, über den Tripperrheumatismus und über das Verhältniss des weichen Schankers zu anderen an den Genitalien vorkommenden pustulösen Hauteruptionen niedergelegt hat; es sind dies die Vorlesungen 2 und 7 des ersten, 10 und 11 des zweiten Theiles.

Uebersichtliche und klare Darstellung bei eleganter Diction, stete Rücksichtnahme auf die neuesten Forschungen verbunden mit der überall zum Ausdruck kommenden reichen eigenen Erfahrung und scharfen Beobachtung des Verfassers werden, wir sind dessen gewiss dem Werke auch ausserhalb der Grenzen Italiens zahlreiche Freunde zuführen.

Die Ausstattung des Buches ist, wenn wir von einzelnen minder gelungenen xylographischen Abbildungen absehen, eine vorzügliche.

Syphilis von J. Hutchinson. Zum Gebrauche für Studirende und praktische Aerzte. Deutsche autorisirte Ausgabe, bearbeitet und durch Erläuterungen und Zusätze vermehrt von Dr. Artur Kollmann, Polizeiarzt in Leipzig. Mit acht Tafeln in Buntdruck. Leipzig, Arnoldische Buchhandlung 1888.

Angezeigt von Prof. F. J. Pick in Prag.

Es ist ein wahres Schatzkästlein von Wissen, Lehre und Erfahrung dieses Büchlein, im Formate und in der Ausstattung der

Reisebücher. Wahrhaft erquickend ist es, wieder einmal ein Buch in die Hand zu bekommen, in welchem der berufene Verfasser, von der landläufigen Darstellungsweise abweichend, mittheilt, was er von der Sache weiss, was er erfahren und wie er sich die Dinge zurechtlegt, ohne auf zwei Drittheilen des Werkes zum x + 1. Male zu sagen, was Hippokrates, Galen u. s. w. bis zu den unmittelbaren Vorgängern des Verfassers von der Sache gewusst oder nicht gewusst haben. Wenn J. Hutchinson über Syphilis spricht, lernt man immer etwas, wenn er aber, wie es in dem vorliegenden Buche geschehen, in einer das ganze Gebiet der Syphilis umfassenden, Darstellung, seinen Standpunkt kennzeichnet und zu stützen sucht, dann wird auch der Eingeweihte das Buch nützlich und anregend finden.

Herrn Kollmann, der den Intentionen des Verfassers entsprochen und die Uebersetzung durch recht werthvolle Erläuterungen ergänzt hat, gebührt Dank und Anerkennung dafür, dass er das Buch einem grösseren Kreise deutscher Aerzte und Studirenden zugänglich gemacht hat.

Varia.

Deutsche Dermatologische Gesellschaft.

Weiterhin haben Vorträge angemeldet die Herren:

Herxheimer (Frankfurt a/M.): Demonstration eigenthümlicher Fasern in der Epidermis des Menschen.

v. **Zeissl** (Wien): Ueber eine von ihm gemeinsam mit Dr. M. Horovitz ausgeführte Arbeit: Ein Beitrag zur Anatomie der Lymphgefässe der männlichen Geschlechtsorgane.

Róna (Budapest): Demonstration von Gonococcen im Eiter der Prostatitis blennorrhagica acuta.

Behrend (Berlin): Demonstration von Haaren mit Trichomycosis nodosa (Piedra).

Petersen (Petersburg): Demonstration von Photographien von Leprakranken.

— Demonstration einer neuen Methode der Excochleation des Ulcus molle.

Arning (Hamburg): Ueber eine zweckmässige Form der Salben-dispensation.

Blaschko (Berlin): Ueber den Verhornungsprocess mit Demonstration von Präparaten.

Veiel (Cannstatt): Ueber Mycosis fungoides.

Lassar (Berlin): Demonstration klinischer Wachspräparate.

Ries (Strassburg): Ueber das Epidermidophyton mit Demonstration mikroskopischer Präparate.

Die Verhandlungen des Congresses werden in einem besonderen Ergänzungshefte zum Archiv für Dermatologie und Syphilis im Monate Juli veröffentlicht werden.

Berichtigung: Auf Seite 253, Zeile 16 und 18 von unten soll es statt „in Folge des Ansteckens“ heissen „in Folge des **Ausleckens**“.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien. — 135689

[illegible] Wolf [illegible] haben Vorträge angemeldet die Herren: [illegible]

[illegible] Mibelli [illegible] (Parma): Demonstration [illegible] Präparate [illegible] in der [illegible].

[illegible] von [illegible] mit Dr. M. Horovitz

[illegible] Beitrag zur Anatomie [illegible]

[illegible] Rinderdüsen [illegible].

[illegible] (Budapest): Demonstration von Gonokokken im Eiter der [illegible] urethritis [illegible].

[illegible]: Demonstration von [illegible] mit Trichomycosis nodosa [illegible].

[illegible] (Petersburg): Demonstration von Photographien von Hautkranken.

Demonstration einer neuen Methode der Exstirpation [illegible]

[illegible]

[illegible] (Hamburg): Ueber eine [illegible] der Hautdisposition.

[illegible]: Ueber [illegible] Verhornungsprocess [illegible] Demonstration von Präparaten.

[illegible]: Ueber Mycosis fungoides.

[illegible] (Berlin): Demonstration [illegible] Wachspräparate.

[illegible] (Strassburg): Ueber das Epithelioma [illegible] mit Demonstration der Präparate.

Die Verhandlungen des Congresses werden in einem besonderen Ergänzungshefte zum Archiv für Dermatologie und Syphilis veröffentlicht werden.

[illegible] Auf [illegible] [illegible] des Ausstell [illegible] [illegible]

Originalabhandlungen.

Ueber die Behandlung der Syphilis mit Injectionen von Thymol- und Salicylquecksilber.

Von

Dr. Eduard Wellander in Stockholm.

Obschon die meisten der bisher ausgeführten Untersuchungen der Secrete von Syphilispatienten auf Quecksilber nicht quantitativ gewesen sind, so hat man doch mittelst einiger Methoden ganz gut berechnen können, ob eine grössere oder geringere Menge von Hg resorbirt worden ist. Durch diese Untersuchungen haben wir in Erfahrung gebracht, dass das Hg bei subcutaner Injection schneller und auch gleichmässiger resorbirt wird, als bei irgend einer anderen Behandlungsweise. Die in der letzteren Zeit von Winternitz ausgeführten quantitativen Quecksilberuntersuchungen haben dieses bestätigt. Es ist daher völlig rationell, wenn wir nach neuen Hg-Verbindungen forschen, die sich für solche Injectionen eignen, und mit Freuden jedes neue Präparat begrüssen, das von erfahrenen Männern empfohlen wird, denn die Anwendung unserer alten Präparate ist nicht mit so geringen Ungelegenheiten verbunden.

Mit grosser Befriedigung habe ich die von Jadassohn und Zeising in Neisser's Klinik ausgeführten interessanten Versuche mit Salicyl- und Thymolquecksilber gelesen. Auf Grund dieser Versuche ging ich sofort daran, diese Mittel, besonders aber das essigsaure Thymolquecksilber, zu prüfen. Da die Erfahrung bezüglich dieses Mittels noch ziemlich gering ist, so dürfte es vielleicht berechtigt sein, über die Versuche, die ich mit ihm gemacht habe, zu berichten.

Ich habe essigsaures Thymolquecksilber von E. Merck in Darmstadt benützt. Zu jeder Injection habe ich 10 Ctgr., in 1 Gr. Paraffinum liquidum verschlemmt, genommen. Nach Neisser's Vorschrift haben sowohl die Spritze wie auch die Spitzen stets in einer kleinen, zugedeckten, mit Paraffin gefüllten Glasschale verwahrt gelegen. Zumeist sind die Injectionen intramusculär gemacht worden, doch auch nicht selten subcutan. Ich habe hier die Einspritzungen nicht, wie bei den Calomelinjectionen nach Smirnoff's Rath, gleich hinter dem Trochanter major zu machen gesucht, sondern sie an verschiedenen Stellen in den Hinterbacken angebracht.

Ich habe das Mittel theils im Krankenhaus St. Göran, theils in meiner privaten Praxis angewendet.

Im Krankenhaus habe ich (bis 9. April 1889) 44 Patienten mit 286 Injectionen behandelt (ausserdem wende ich diese Behandlung noch bei mehreren anderen an). Jeder Patient hat also im Mittel sechs bis sieben Injectionen erhalten. Für die Applicirung dieser 286 Einspritzungen sind zusammen 1180 Tage, also für jeden Patienten im Mittel sechsundzwanzig bis siebenundzwanzig Tage erforderlich gewesen. Gewöhnlich sind die Injectionen jeden vierten Tag gemacht worden; im Anfange gab ich sie jeden dritten Tag, erhielt dann aber in einigen Fällen nach vier bis fünf Einspritzungen gelinde Stomatitis, weshalb ich sie später erst jeden vierten Tag wiederholte.

In fünf Fällen wurde mit der Behandlung begonnen, noch ehe allgemeine Symptome sich gezeigt hatten; es fand sich bei den Patienten nur Sklerosis und Adenitis inguinalis. In einem dieser Fälle traten in der ganzen Zeit, wo der Patient im Krankenhause lag, keine allgemeinen Symptome auf, und nach dieser Zeit habe ich ihn nicht wiedergesehen; in zwei Fällen stellte sich nach der zweiten Injection Roseola ein, und in den beiden übrigen, nachdem drei Einspritzungen gegeben waren.

Die Sklerosis dauerte bei dieser ganz wie bei anderer Behandlung lange an, und es waren in der Regel sechs bis sieben Injectionen erforderlich, ehe sie so weit verschwand, dass nur eine unbedeutende Injection übrig war.

Roseola und mucöse Papeln waren im Allgemeinen nach zwei bis vier, papulöses Syphilid nach vier bis fünf und gruppirte

Papulo-Tuberkeln und Gummata nach fünf bis sechs Einspritzungen verschwunden; in ein paar der letzteren Fälle wurde ausserdem Jodkalium gegeben; gegen mucöse Papeln wurde stets locale Behandlung angewendet.

Im Allgemeinen haben die Patienten von der Behandlung kein Unbehagen gehabt; der eine oder andere hat zwar über Schmerzen geklagt, die in den meisten Fällen aber nur ganz unbedeutend waren.

Dahingegen haben sich recht oft mehr oder weniger grosse Infiltrationen eingestellt. Hat ein Patient Infiltrationen nach der ersten Einspritzung erhalten, so sind sie bei ihm in der Regel auch nach den folgenden nicht ausgeblieben. In der Mehrzahl der Fälle vermehrten sich die Infiltrationen in den ersten zwei, drei, vier Tagen, worauf sie dann ziemlich schnell verschwanden. Bei acht Patienten stellten sich keine oder beinahe keine Infiltrationen ein; bei sechsundzwanzig waren sie unbedeutend, bei sieben ziemlich bedeutend und bei zwei höchstbedeutend. Bei einem Patienten entstand nach der vierten Injection eine Abscessbildung, nach den übrigen Injectionen aber waren bei ihm die Infiltrationen nicht besonders gross. In 2·3 Gr. Eiter von diesem Abscess war die Menge des Quecksilbers eine höchst bedeutende; Mikroorganismen waren in dem Eiter nicht zu entdecken.

Stomatitis ist vorgekommen: unbedeutend in neun Fällen, ziemlich bedeutend in einem Fall (nach der fünften Injection) und bedeutend auch in einem Fall (ebenfalls nach der fünften Injection); in diesem letzteren Fall musste ich vierzehn Tage warten, ehe ich wieder eine Injection geben konnte. In dreiunddreissig Fällen kam keine Stomatitis vor.

Den Urin dieser Patienten habe ich wenigstens einmal wöchentlich untersucht. In einem Fall hat sich der Urin während der Behandlung albuminhaltig gezeigt. Nach der sechsten Injection kamen hier im Urin Spuren von Eiweiss vor, und während der zehn folgenden Tage war er mehr oder weniger albuminhaltig; als er dann frei von Eiweiss war, machte ich die siebente Injection, aber schon am Tage darauf war er wieder albuminhältig; er enthielt jetzt Quecksilber in einer höchst bedeutenden Menge. Eine andere Ursache zum Auftreten des Albumins als die Quecksilberbehandlung habe ich nicht auffinden können.

In einer grossen Anzahl dieser Fälle habe ich den Urin auf Quecksilber untersucht. In ein paar Fällen liess sich Quecksilber bereits ein paar Stunden nach der ersten Einspritzung im Urin nachweisen, in anderen Fällen aber waren zwei, ja drei Tage vergangen, ehe der Urin sich quecksilberhaltig zeigte. In der Regel war die Menge des Quecksilbers im Urin schon nach sechs bis zehn Tagen, also nach zwei bis drei Einspritzungen ziemlich bedeutend, und bei Schluss der Behandlung war im Urin stets eine höchst bedeutende Menge Quecksilber nachweisbar. Wie lange nach beendeter Behandlung Hg im Urin gegenwärtig ist, kann ich nicht sagen, ich habe nur Gelegenheit gehabt, hierüber folgende Untersuchung anzustellen: bei einem Patienten fand sich dreissig Tage nach beendeter Behandlung eine höchst bedeutende Menge von Hg im Urin; ausserdem habe ich bei sechs Patienten nach respective 51, 54, 60, 71, 74 und 100 Tagen nach der letzten Injection eine ziemlich grosse Menge Quecksilber im Urin gefunden. Nach keiner anderen Behandlung habe ich so lange Zeit nachher eine so grosse Quantität von Hg im Urin gefunden, wie nach der Einspritzung von Thymolquecksilber; aber dieses ist leicht erklärlich, denn wenn ich dem Patienten dreissig Sublimatinjectionen à 1 Ctgr. gegeben habe, so hat er, da das Sublimat nicht mehr als 73·85 Procent Hg enthält, nicht mehr Hg als 22 Ctgr. erhalten; nach vier Kalomelinjectionen hat er nahe an 34 Ctgr. Hg zugeführt bekommen, nach sieben Thymolquecksilberinjectionen aber 40 Ctgr., denn das Thymolquecksilber enthält bekanntlich 56·9 Procent Hg. Da eine so bedeutende Quantität Hg in ziemlich kurzer Zeit in den Organismus eingeführt worden ist, so muss natürlicherweise täglich während einer längeren Zeit eine viel grössere Quantität Hg eliminirt werden, als wenn er eine kleinere Quantität Quecksilber zugeführt erhalten hat.

Selbstverständlich kann diese Behandlungsweise ebensowenig Recidiven vorbeugen wie irgend eine andere, und ich habe bereits Gelegenheit gehabt, einige solche zu beobachten.

In zwei Fällen sah ich mich genöthigt, die Behandlung abzubrechen, denn in dem einen stellte sich nach der dritten Injection Stomatitis ein, die so bedeutend war, dass sie erst nach drei bis vier Wochen wieder wich, und in dem anderen bekam der Patient nach der zweiten Injection Mercurialdiarrhöe. In diesem

Falle war der Patient aber sehr für Hg empfindlich, denn er hatte schon früher, ein Mal bei Anwendung der Einreibungscur, ein ander Mal bei Behandlung mit Sublimatinjection, eine solche Diarrhöe gehabt, daher dieser Fall den Werth der Thymolquecksilberinjection in keiner Weise zu verringern vermag.

In meiner privaten Praxis habe ich siebzehn Personen mit sechsundneunzig Injectionen behandelt (ausserdem wende ich diese Behandlung noch bei einigen anderen an). Diese Patienten haben also durchschnittlich fünf bis sechs Injectionen in einer Zeit von im Mittel 31 bis 32 Tagen, mithin mit einer Zwischenzeit von fünf bis sechs Tagen zwischen jeder Einspritzung erhalten. Sie haben in der Regel grössere Infiltrationen gehabt als die, welche ich im Krankenhause behandelt habe, und bei zweien von ihnen hat sich nach der ersten Injection eine kleine fluctuirende Beule gezeigt, die aber ziemlich bald wieder verschwunden ist. Die Ursache zu diesen grösseren Infiltrationen kann sicherlich nur die sein, dass diese Patienten sich nicht haben in Ruhe halten können, sondern täglich mehr oder weniger anstrengend beschäftigt gewesen sind.

Fünf Patienten haben mit der Behandlung nicht fortfahren wollen oder auch nicht fortfahren können; einer bekam so heftige Schmerzen und Anschwellung nach der ersten Injection, ein anderer nach der ersten und der zweiten, dass sie es vorzogen, eine Einreibungscur durchzumachen; zwei Patienten nahmen vier Einspritzungen, worauf sie, da sie dann symptomfrei waren, damit nicht länger fortsetzen wollten; der fünfte Patient bekam einen kleinen sogenannten Abscess nach der dritten Injection, welcher Abscess jedoch sehr bald heilte. Alle diese fünf Patienten führten ein sehr bewegliches Leben; derjenige, welcher den Abscess erhielt, war in einem Laden angestellt und daher den ganzen Tag in Bewegung.

Zwei Patienten, welche Thymolquecksilberinjectionen erhielten, hatten vorher Calomelinjectionen bekommen; beide erklärten, dass diese letzteren Injectionen viel schmerzhafter und unbehaglicher seien, als die ersteren. Einige Patienten hatten vorher Sublimatinjectionen erhalten; das Urtheil derselben, welche dieser Injectionen die am wenigsten unangenehmen waren, ist etwas schwankend, doch in der Regel zu Gunsten der Thymolquecksilberinjectionen.

Salicylquecksilberinjectionen habe ich nur in sieben Fällen angewendet, in allen mit besonders günstigem Resultat in therapeutischer Hinsicht; ebenso hat die Hg-Untersuchung des Urins in diesen Fällen dargethan, dass eine schnelle und kräftige Hg-Resorption stattfindet. Der Grund, weshalb ich den Thymolquecksilberinjectionen den Vorzug gegeben habe, ist der, dass es mir bei den Salicylquecksilberinjectionen mehrere Male passirt ist, dass die Canüle sich verstopfte, was bei den Thymolquecksilberinjectionen nicht vorkam; hauptsächlich aber habe ich es deshalb gethan, weil die Infiltrationen nach den Salicylquecksilberinjectionen in der Regel grösser waren, als nach den Quecksilberinjectionen. Ich habe zwölf Patienten bei verschiedenen Gelegenheiten das eine Mal das eine, das andere Mal das andere dieser beiden Mittel eingespritzt, um zu sehen, welches derselben am wenigsten Unbehagen verursachen würde. Zehn dieser Patienten erklärten mit Bestimmtheit, dass die Schmerzen nach der Einspritzung von Salicylquecksilber grösser waren, als nach der Einspritzung des anderen Mittels, und ebenso habe ich in allen diesen Fällen auch constatiren können, dass die Infiltrationen nach der Einspritzung von Salicylquecksilber grösser waren als nach der Einspritzung von Thymolquecksilber. Ein Patient bekam weder Schmerzen noch Infiltrationen weder nach Salicyl- noch nach Thymolquecksilber, ein anderer höchst bedeutende Schmerzen und Infiltrationen nach diesen beiden Mitteln.

Abscesse haben sich nach der Injection von Salicylquecksilber nicht eingestellt, und ebensowenig hat sich eine bemerkenswerthe Stomatitis gezeigt; in einem Falle trat nach der sechsten Injection Albuminurie auf.

Dass ich nach den Thymolquecksilberinjectionen oft grössere Infiltrationen erhalten habe, als Jadassohn und Zeising, kann möglicherweise darauf beruhen, dass ein Theil von meinen Injectionen subcutan und nicht intramusculär gemacht worden ist. Besonders ist dieses mit den Injectionen der Fall gewesen, welche eine sogenannte Abscessbildung verursacht haben. Nach den Versuchen zu urtheilen, welche Jadassohn und Zeising mit Kaninchen angestellt haben, hat es den Anschein, als ob eine Injection, wenn sie in das subcutane Bindegewebe gemacht wird, leicht das Zerfallen dieses Gewebes in eine schmierige Masse

herbeiführen könnte, was nicht der Fall sein würde, wenn sie in das Muskelgewebe selbst gemacht würde. Diese Erfahrung von den Experimenten mit Thieren scheint in ganz guter Uebereinstimmung mit der Erfahrung zu stehen, welche ich über diese Injectionen bei Menschen gemacht habe. Ich will jedoch nicht unerwähnt lassen, dass ich sehr bedeutende Infiltrationen ein paar Mal auch in solchen Fällen erhalten habe, wo die Injection intramusculär gemacht worden war.

Wollte ich nun aus diesen meinen Versuchen eine Schlussfolgerung ziehen, so würde es die sein, dass die Injectionen mit essigsaurem Thymolquecksilber denen mit Salicylquecksilber vorzuziehen seien. Sie haben einen grossen Vorzug vor den Calomelinjectionen, weil sie viel weniger schmerzhaft sind und weil sie sehr selten sogenannte Abscesse verursachen, im übrigen auch nicht die schweren Folgen haben, von denen die Calomelinjectionen sich begleitet zeigen können, wenigstens dann, wenn sie in so grosser Dosis gegeben werden, wie Smirnoff befürwortet. Da es ferner in derselben Zeit möglich ist, ohne eigentliches Unbehagen durch die Thymolquecksilberinjectionen dem Patienten eine bedeutend grössere Quantität Hg zuzuführen, als durch die Sublimatinjectionen, so sind sie, wenigstens in Krankenhäusern, wo der Patient sich ruhig verhalten kann, den Sublimatinjectionen vorzuziehen; in der privaten Praxis haben sie ausserdem den grossen Vortheil, dass der Patient den Arzt nicht täglich zu besuchen braucht.

Die Injectionen von essigsaurem Thymolquecksilber sind ganz sicher ein grosser Fortschritt in der Syphilistherapie, obschon wir in ihnen noch nicht das Ideal für die Behandlung dieser Krankheit gefunden haben.

Aus der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten des Herrn Geheimrath Doutrelepont zu Bonn.

Klinisches und Aetiologisches über Favus.

Von

Dr. Joh. Fabry,

ehemaligem ersten Assistenzarzt, z. Z. in Dortmund.

Wenn auch heutzutage kein Zweifel mehr darüber besteht, dass der Favus durch Wucherung des Achorion Schoenleinii in und auf der Epidermis hervorgerufen ist, so hat nichtsdestoweniger auch in der neuesten Zeit grade die Aetiologie des Favus in hohem Grade das wissenschaftliche Interesse in Anspruch genommen und zwar aus verschiedenen Gründen. Es ist zunächst ziemlich schwierig, Reinculturen von Favuspilzen herzustellen wegen der zahlreichen sonstigen den Favusschüppchen anhaftenden Mikroorganismen, die nur zu leicht den durch äusserst langsames Wachsthum ausgezeichneten Favuspilz überwuchern. Ferner ist bisher der Nachweis von Fructificationsorganen für letztere ebensowenig wie für die Pilze der übrigen Dermatomykosen gelungen. Die über Fructification angestellten Untersuchungen von Boer[1]) beziehen sich nur auf den Mäusefavus; die Uebertragbarkeit des menschlichen Favus vom Menschen auf Thiere und umgekehrt vom Thier auf den Menschen ist zwar als erwiesen zu betrachten, dennoch bleibt der Mäusefavus als Krankheit sui generis bestehen.

[1]) Boer, Zur Biologie des Favus. — Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887, S. 435 ff.

Es ist hinlänglich bekannt, dass der Streit hervorragender Forscher sich sehr lange darum gedreht hat, ob der Favus als eine selbstständige Dermatomykose aufzufassen sei oder ob Favus, Herpes tonsurans und Pityriasis versicolor durch einen und denselben, vielleicht nur unter verschiedenen Lebensbedingungen oder gar in verschiedenen Entwickelungsstadien befindlichen Pilz hervorgerufen werde. Wir begnügen uns hier anzuführen, dass Grawitz[1]) auf Grund seiner bacteriologischen Untersuchungen ursprünglich glaubte, die Pilze genannter Erkrankungen identificiren zu müssen. Die neueren Publicationen[2]) desselben Forschers halten diese erste Ansicht nicht mehr aufrecht, sondern sprechen sich mit Entschiedenheit für die Selbstständigkeit des Favuspilzes aus; wir werden die Grawitz'schen Untersuchungen weiter unten ausführlicher besprechen.

Für uns war hauptsächlich die von Quincke[3]) in den letzten Jahren mehrfach wiederholt ausgesprochene Ansicht, Favus könne nicht nur durch einen, sondern durch mehrere, allerdings sich sehr nahestehende Sprosspilze hervorgerufen werden, die Veranlassung der Frage der Aetiologie des Favus näher zu treten. Es kam hinzu, dass die uns beschäftigende Erkrankung der Haut, sonst im Verhältniss zu anderen Affectionen hier selten beobachtet, in letzter Zeit häufiger gesehen wurde und uns somit hinlängliches Untersuchungsmaterial zur Verfügung stand.

Wir möchten endlich einen Punkt, der noch nicht zu einem befriedigenden Abschluss gekommen ist, hervorheben, nämlich die künstliche Erzeugung des Favus auf der menschlichen Haut vermittelst des reingezüchteten Pilzes, da Impfungen auffallender Weise nur selten von positivem Erfolge sind; auch dieser zweite Theil bacteriologischer Untersuchung soll Gegenstand unserer Arbeit werden.

Bevor wir die Ergebnisse unserer Züchtungen und der mit Reinculturen angestellten Impfversuche mittheilen, wollen wir in

---

[1]) Grawitz, Virchow's Arch. 1877, 70. Bd, S. 546 ff.

[2]) Derselbe, ebenda 1886, 103. Bd., S. 393 ff.

[3]) Quincke, Tageblatt d. Strassburger Naturforscher-Versamml. 1885. — Derselbe, Congress für innere Medicin, Wiesbaden 1886. — Derselbe. Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol. 1887. XXII. Bd., S. 62 ff. — Derselbe, Monatsh. f. prakt. Derm, 1889, VIII. Bd., S. 49.

aller Kürze auf die bei Favus beobachteten klinischen Erscheinungen eingehen, zumal da wir auf der hiesigen dermatologischen Klinik Gelegenheit hatten, einen Krankheitsfall zu beobachten, dessen Verlauf ein aussergewöhnlicher war.

Die beiden bekannten Veränderungen der Haut, der Favus capillitii und Favus herpeticus kamen sowohl allein, als auch combinirt zur Cognition und boten sonst in ihrem Verlauf kaum etwas von den früheren Erfahrungen Abweichendes. Mit Rücksicht auf das Zustandekommen des bekannten „narbig-atrophischen“ Aussehens der Haut bei abgelaufenem Favus können wir nicht glauben, dass dies lediglich durch Druckwirkung der Scutula auf den Papillarkörper[1]) verursacht sei, sondern vermissten beim Abheben der Schildchen kaum jemals unter denselben flache Erosionen der Haut, welche Neumann[2]) für die Bildung der sogenannten Hautnarben mit verantwortlich macht.

Wie schon mitgetheilt, wollen wir die Krankengeschichte eines Falles von Favus capillitii in ihren Hauptzügen wiedergeben und verweisen bezüglich der Einzelheiten auf eine aus der Bonner Klinik publicirte Dissertation von Braschoss.[3])

Im Sommersemester 1886 stellte sich in der Klinik die sechsunddreissig Jahre alte Barbara S. vor, welche seit acht Jahren an einem Ausschlag der Kopfhaut leidet; derselbe, ausgezeichnet durch die Chronicität des Verlaufes, wurde niemals einer gründlichen ärztlichen Behandlung unterworfen, vielmehr mit den mannigfachsten Hausmitteln tractirt, respective maltraitirt Anfangs auf enge Bezirke der Kopfhaut beschränkt, verbreitete sich die Erkrankung über den Kopf, führte zu Defluvium capilliti und anscheinend in Folge des massigen anhaftenden Schmutzes zu secundären Entzündungserscheinungen, Abscedirungen und granulirenden Geschwüren. Erst die so weit ausgedehnten Zerstörungen, wie sie sich uns bei der Vorstellung präsentirten, veranlassten Patientin Hilfe in unserer Anstalt zu suchen. Bei der Reception ergab die Aufnahme des objectiven Befundes Folgendes:

---

[1]) Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten, III. Aufl., S. 906.

[2]) Neumann, Lehrbuch der Hautkrankheiten, IV. Aufl., S. 614.

[3]) Braschoss, Merkwürdige Fälle von Favus, Bonner Inaug.-Dissertation 1887.

Kleine imbecille Person, rhachitische Verkrümmung der Wirbelsäule; der ganze Kopf ist bedeckt mit zahllosen, stark gewucherten und leicht blutenden Granulationen mit übelriechender eitriger Secretion und Niemand würde an Favus denken, wenn sich nicht in der Peripherie, an den Schläfen, sowie im Nacken dicke, mörtelartige Auflagerungen, aus confluirten und aufeinander gehäuften Scutulis bestehend, vorfänden. Ein etwa fünfmarkstückgrosser Favusfleck findet sich in der rechten Scapulargegend. Das Mikroskop bestätigt bei Untersuchung von den verschiedensten Stellen entnommenen Borkenpartikelchen die Diagnose Favus. Hochgradiges Ektropion beider oberen Augenlider durch narbige Umwandlung der Haut an der Stirn.

In der klinischen Behandlung gelang es leicht, die Patientin von ihrem Favus zu befreien, dagegen dauerte es recht lange, ehe durch mehrmals wiederholte Transplantationen der vorhandene Defect wenigstens einigermassen gedeckt war. Auf eine Beseitigung des Ektropions musste verzichtet werden, da die narbig veränderte Haut an Stirn und Schläfen nicht das geeignete Material für eine plastische Operation geliefert hätte. Somit beschränkte sich unsere Therapie auf die Beseitigung des noch vorhandenen Favus und auf die Deckung des grossen Defectes der Kopfhaut; bei der Entlassung der Patientin aus der Klinik war erstere Aufgabe vollständig beendet; ferner fanden sich allenthalben auf dem Kopfe zahlreiche grössere und kleinere Narbeninseln. Patientin lässt sich nicht länger in der Anstalt zurückhalten und wurde entlassen mit der Weisung, zu Hause desinficirende Sublimatumschläge zu machen.

Erst nach mehr als Jahresfrist bekamen wir Patientin wieder zu Gesichte. Der Defect der Kopfhaut ist vollständig durch Narbengewebe ersetzt, letzteres zum grössten Theile mit der Galea aponeurotica adhärent und wenig verschieblich. An den Schläfen und an der Stirn ist die in Narbengewebe umgewandelte Haut mehr verschieblich und von röthlichen Gefässen durchzogen. Von Favus ist am ganzen Körper absolut nichts nachzuweisen. Das Ektropion beider oberen Augenlider gegen früher noch unverändert. Allgemeinbefinden gut.

Die ausgedehnte Zerstörung der Kopfhaut wird gewiss Niemand in directe Beziehung zu Favus bringen wollen, sondern

es liegt auf der Hand, dass dies die Folge secundär hinzugetretener entzündlicher Erscheinungen ist, die allerdings durch die Indolenz der Patientin, sowie durch den jahrelangen Bestand der Erkrankung einen so hohen Grad angenommen hatte.

Der mikroskopische Nachweis der Fäden und Sporen des Achorion Schoenleinii ist in der Mehrzahl der Fälle nicht schwierig und ist man kaum genöthigt durch Färbungsmethoden die genannten Pilze deutlicher kenntlich zu machen; anders verhält es sich, wenn die Favuserkrankung ganz im Anfangsstadium befindlich ist; in solchen Fällen, wo sich nur ganz vereinzelte Mycelien und Sporen nachweisen lassen, wird man vermittelst der Tinction schneller zum Ziele gelangen. Nach der früher von Bizzozero empfohlenen Methode ist die Färbung nur unvollkommen, dagegen gelingt es, recht schöne Präparate anzufertigen nach der von Weigert[1]) angegebenen Methode der Fibrinfärbung, die insofern einen sehr markanten Unterschied von allen früheren hat, dass das Lösungsmittel des Farbstoffes (Anilin) gleichzeitig als Entfärbungsmittel benützt wird.

Insbesondere die Fäden, weniger gut die Sporen, erscheinen bei Gentianaviolettfärbung intensiv blau und treten so prägnant hervor, dass sie schon bei schwacher Vergrösserung sich deutlich nachweisen lassen. Es hat die genannte Methode auch für die übrigen Dermatomykosen und speciell für den Herpes tonsurans, wo der Nachweis der Pilze manchmal nur schwierig gelingt, entschieden eine grosse praktische Bedeutung und ist auf Veranlassung von Doutrelepont auf der Bonner Klinik seit der Weigert'schen Veröffentlichung in fast allen Fällen von Dermatomykosen erprobt worden.

Bei den von uns angestellten Züchtungsversuchen haben uns die diesbezüglichen Arbeiten von Grawitz und Quincke als Ausgangspunkt gedient. Alle Untersucher, die sich mit der Reinzüchtung von Favus beschäftigt haben, stimmen überein in dem Punkte, dass der Pilz durch äusserst langsames Wachsthum ausgezeichnet ist; erst am zehnten bis zwölften Tage der Aussaat werden die Pilzrasen auf dem Nährboden für das blosse

---

[1]) Weigert, Ueber eine neue Methode zur Färbung von Fibrin und Mikroorganismen, V. Jahrg. d. Fortschritte d. Med. 1887 S. 228.

Auge sichtbar. Nach den Beobachtungen von Grawitz sind die Rasen von gelber Farbe und haben Aehnlichkeit mit den Scutulis der an Favus erkrankten Haut. Zur Unterscheidung der Favuspilze von Trichophyton tonsurans führt derselbe Autor an, dass die Gonidien des letzteren mehr rundlich sind und etwa einen Durchmesser von 6·5 μ haben; diejenigen des Favus sind mehr elliptisch und schwanken in der Grösse zwischen 5·2 μ bis 6·5 μ; das Fadengewirre des Achorion zeigt eine viel reichere Verästelung wie bei Herpes tonsurans.

Da Favus und Herpes tonsurans klinisch so differente Krankheitsbilder liefern, so wird man kaum in die Lage versetzt sein, jene aufgezählten Unterscheidungsmerkmale zu diagnostischen Zwecken verwerthen zu müssen, nichtsdestoweniger haben sie ein grosses theoretisches Interesse. — Als besten Nährboden für Favuspilze bezeichnet Grawitz erstarrtes Blutserum.

Wie schon erwähnt, ist Quincke[1]) der Ansicht, dass sich durch Reincultivirung verschiedene Pilze ergeben, die wir als Ursache der Favuserkrankung ansehen müssen und die genannter Forscher ursprünglich als α-, β- und γ-Pilzart des Favus unterschied. Da Quincke in seiner letzten Veröffentlichung nur mehr zwei Pilzarten aufrecht hält, so werden wir füglich hier die betreffs dieser beiden letzteren aufgestellten Unterscheidungsmerkmale zu erörtern haben. Schon am Schlusse einer früheren Abhandlung gibt Quincke die Möglichkeit zu, es handle sich vielleicht bei seinen als β- und γ-Formen unterschiedenen Pilzen um einen und denselben Pilz und es stelle β nur eine abgeschwächte Varietät von γ dar. Wir werden somit nur den α- und γ-Pilz einer eingehenden Erörterung unterziehen.

Die mikroskopisch sich ergebenden Unterschiede zwischen dem α- und γ-Pilz sind, mit wenigen Worten wiedergegeben, folgende: Während bei dem γ-Pilz die Verästelungen fast senkrecht abgehen und an den Enden kolbige Anschwellungen tragen, gehen bei dem α-Pilz die Verzweigungen des Mycels mehr spitzwinkelig ab, die Mycelien, die überhaupt etwas schmäler erscheinen, verjüngen sich gegen das Ende hin und tragen dort

[1]) Quincke l. c.

keine kolbigen Verdickungen. Die Verzweigungsart erscheint bei dem γ-Pilz als eine viel reichere.

Bei der Reincultivirung zeigten sich gleichfalls merkliche Verschiedenheiten. Der α-Pilz ist durch grössere Wachsthumsgeschwindigkeit ausgezeichnet. Beide Pilzarten bilden Rasen mit gelber Unterfläche, bei α tritt die gelbliche Verfärbung der Cultur früher auf; α wächst mehr auf der Oberfläche, bei γ ragen die Culturen, die Anfangs grauweiss erscheinen, nur wenig über die Oberfläche hervor, indem dieselben durch geringe Verflüssigung der Gelatine in nächster Umgebung etwas einsinken.

Quincke geht noch einen Schritt weiter. Auf Grund seiner sehr eingehenden und mit den verschiedenartigsten Nährboden angestellten Züchtungsversuche im Vereine mit dem Ergebnisse seiner Impfungen hält er es nicht für unwahrscheinlich, dass die beiden bacteriologisch von einander verschiedenen Favuspilze auch in den erzeugten klinischen Erscheinungen von einander verschieden seien und glaubt die Vermuthung aussprechen zu dürfen, dass der sogenannte Favus-Herpes durch den α-Pilz bedingt sei.

Die von Quincke ermittelten Untersuchungsergebnisse veranlassen ihn also folgende, von den früheren Erfahrungen wesentlich abweichende Lehrsätze aufzustellen.

I. Favus wird nicht nur durch einen und denselben, sondern mehrere mikroskopisch und culturell verschiedene, wenn auch nahe verwandte Pilze erzeugt.

II. Mit den sich ergebenden bacteriologischen Unterschieden decken sich die gesetzten klinischen Erscheinungen bis zu einem gewissen Grade, indem die eine Pilzart nur bei der als Herpes faveticus bezeichneten Veränderung der Haut vorzukommen scheint.

Mit Rücksicht auf diese beiden Sätze bietet sich der Erörterung manches Auffallende und Interessante. Es muss sich vor Allem die Frage aufwerfen: Können Pilze, die in der Form und ihrem Aussehen, ferner auch physiologisch, d. i. in ihrem Wachsthum und in ihrem Verhalten gegen die Nährmedien verschieden sind, zum Schlusse dasselbe hervorrufen, nämlich Favus? Weiter ist das, was wir als Favus herpeticus bezeichnen, als herpetisches Vorstadium der Favuserkrankung festzuhalten in dem

Sinne der Köbner'schen[1]) Lehre oder handelt es sich um eine von dem gewöhnlichen Favus zu trennende zweite favusähnliche Erkrankung mit einem dem Achorion nahestehenden Pilz als Ursache derselben? Hierdurch deuten wir die Gesichtspunkte an, die bei den von uns angestellten Untersuchungen leitend waren.

Züchtungsversuche.

Unsere Reinculturen wurden gewonnen theils aus Favushaaren, theils aus Partikelchen von Favusscutulis; in beiden Fällen wurde vor Entnahme des Impfmateriales durch Seife, Sublimat (0·1 Procent) und Aether für gründliche Desinfection Sorge getragen. Trotz diesen Cautelen gelingt es keineswegs immer, die Nährboden vor Verunreinigungen zu schützen. In letzter Zeit benutzten wir, und wir glaubten auf diese Weise besser zum Ziele zu gelangen, zur Uebertragung auf das künstliche Nährsubstrat Scutula in ganz jungem Stadium, wo sie eben erst anfangen für das blosse Auge oder Loupenvergrösserung sichtbar zu werden. In diesem Frühstadium der Scutulabildung sind dieselben noch von Schichten verhornter Epidermis überzogen[2]) und haben so eine natürliche schützende Decke gegen die Verunreinigung durch andere Epidermidophyten. Auch in diesem Falle wird vor der Entnahme die Haut auf das Energischeste durch Seife, Bürste, Sublimat etc. desinficirt, dann mit der vorher geglühten Platinnadel eingeritzt und das kleine Scutulum ausgeschält und am besten in toto auf den künstlichen Nährboden übertragen.

Auf diese Weise gelang es uns schon in allen Impfröhrchen Reinculturen zu erhalten, während früher nur das eine oder andere Röhrchen frei blieb von Verunreinigungen.

Als zur Anlegung von Favusreinculturen geeignet erschienen uns die verschiedenartigsten Nährboden, wir bevorzugten jedoch solche aus erstarrtem Blutserum und Hydrocelenflüssigkeit, welche nach Koch's Methode sterilisirt und zum Erstarren gebracht worden waren.

---

[1]) Köbner, Klinische und experimentelle Mittheilungen 1864.

[2]) Vergl. hierüber das Cap. über Scutulabildung in dem Lehrbuch von Kaposi.

Um die Art und Weise des Wachsthums näher zu besprechen, werden wir am schnellsten zum Ziele gelangen, wenn wir von den wiederholt von uns angestellten Züchtungsversuchen einen herausgreifen und einer genaueren Besprechung unterziehen. Wir wählen dazu einen Fall, der auch in sonstiger Beziehung, nämlich rücksichtlich der von uns gemachten Conclusionen von Wichtigkeit ist.

Ein dreizehnjähriges Mädchen litt an einem umschriebenen Favus herpeticus der rechten Wange; der etwa zweimarkstückgrosse Fleck hatte eine kreisrunde Form, war leicht geröthet und mit Schuppen bedeckt und gewährte ganz das Bild des Herpes tonsurans squamosus; inmitten dieser veränderten Hautpartie fanden sich mehrere, für das blosse Auge kaum sichtbare gelbliche Pünktchen, die sich bei mikroskopischer Untersuchung als aus Achorionpilzen bestehend erwiesen, somit sich entwickelnde Favusscutula darstellten. Am übrigen Körper, insbesondere an der Kopfhaut war nichts Abnormes nachweisbar.

Am 6. Januar 1889 impften wir, indem wir nach vorhergegangener Desinfection der Wange mit Seife, Sublimat und Aether auf drei erstarrte Hydrocelen Nährboden von den punktförmigen Scutula mit der vorher geglühten Platinnadel je eines auf je einen Nährboden aufsetzten und in den Brütofen bei einer Temperatur von 30°—32° brachten.

18. Januar: Keiner der Nährböden ist verflüssigt oder getrübt; erst heute bemerkt man, dass die kleinen Scutula peripherisch allerdings nur ganz mässig sich vergrössert haben. Von einer der angegangenen Culturen übertragen wir nunmehr auf Blutserum, nachdem wir uns vorher durch die mikroskopische Untersuchung überzeugt hatten, dass es sich in der That um Favuspilze handele. Die Uebertragung auf die Blutserum-Nährböden geschah in Strichculturen; dabei fiel auf, dass die Culturen sehr fest an der Unterlage anhafteten und nur schwierig von derselben zu trennen waren. Das Wachsthum der Favuspilze ist, wie bekannt, ein äusserst langsames, erst nach zehn bis vierzehn Tagen kann von einem makroskopisch sichtbaren Wachsthum die Rede sein; wenn man aber ein derartiges Scutulum, nachdem es etwa nur zwei bis drei Tage auf den Nährboden aufgesetzt war, in toto entfernt und untersucht, so gelingt es mit leichter Mühe

mikroskopisch zu constatiren, dass Fäden und Sporen in lebhafter Auskeimung begriffen sind. Dies macht sich auch dadurch kenntlich, dass das bei der Impfung nur ganz lose auf den Nährboden aufgesetzte Scutulum schon nach zwei Tagen an seiner Unterlage fest anhaftet, was sich kaum anders erklären lässt, als durch die Annahme, dass Fortsetzungen und Verästelungen des Mycels bereits in den Nährboden hineingewachsen sind.

30. Januar: Das Wachsthum der zuerst geimpften Gläser (Hydrocele) ist ein äusserst langsames, der Culturrasen hat sich vielleicht um das Doppelte vergrössert, die Farbe der Cultur ist grau, die Oberfläche ist wellig, die Unterfläche hat einen kaum merklichen Schimmer ins Gelbliche. Das Wachsthum ist nach allen Seiten hin ein gleichmässiges, so dass der Rasen im Allgemeinen seine rundliche Form beibehalten hat. Die Nährböden sind nicht verflüssigt, vollständig klar geblieben, die Culturrasen erscheinen etwas eingesunken. Es werden von den Rasen Stückchen entnommen und mikroskopisch untersucht, zum Theil nach vorheriger Aufhellung mit Kalilauge in Glycerin oder nach der Weigert'schen Methode gefärbt. Die Verästelungen gehen fast senkrecht ab, allenthalben finden sich kolbige Verdickungen der Fadenendigungen.

Bei den überimpften Gläsern (Blutserum am 18. Januar geimpft) sind erst heute mehrere grauweissliche Pünktchen bemerkbar, die sich bei mikroskopischer Untersuchung als Favusculturen ergeben.

15. Februar: Die am 6. Januar angelegten Culturen sind langsam weitergewachsen und haben etwa die Grösse eines Zwanzigpfennigstückes. Die Nährböden sind klar und unverflüssigt, die Farbe ist auf der Oberfläche eine graue, die Unterfläche spielt mehr ins Gelbliche. Auch heute bestätigt die mikroskopische Untersuchung, dass wir es mit Favusreinculturen zu thun haben.

Die am 18. Januar beschickten Gläser zeigen gleichfalls Reinculturen von Favuspilzen. Die Rasen sind von grauweisser Farbe, nirgendwo ist eine Verflüssigung der Nährboden eingetreten.

Weiterimpfung sowohl von den Culturen vom 6. Januar als vom 18. Januar.

15. März: Die Culturen vom 6. und 18. Januar beginnen einzutrocknen und nehmen besonders an der Unterfläche eine dunkelgelbliche Tinction an. Die Farbe der eingetrockneten Pilzrasen deckt sich vollständig mit dem, was man klinisch als „mörtelartige Auflagerungen“ bezeichnet hat. Eine Verflüssigung der Nährboden durch die Favusculturen haben wir niemals beobachtet; wo eine solche eintrat, handelte es sich um Verunreinigungen.

Ausser den erwähnten wurden noch an verschiedenen Tagen Ueberimpfungen ausgeführt, die in der grössten Mehrzahl Reinculturen erzielten. Dieselben waren von derselben Beschaffenheit.

Bezüglich des mikroskopischen Verhaltens — die Untersuchungen wurden fast jeden zweiten oder dritten Tag ausgeführt — ergaben sich Pilze, die sich vollständig mit der von Quincke als γ-Pilz bezeichneten Art deckten: Mehr rechtwinkeliges Abgehen der Verästelungen, kolbige Anschwellungen an den Fadenenden. Gemäss diesem Befunde im Zusammenhange mit den Beobachtungen, die wir über das Wachsthum gemacht hatten, konnten wir nicht irre gehen, wenn wir annahmen, dass unsere Reinzüchtung den γ-Pilz ergeben hatte.

Es war dies auffallend, da wir unsere Culturen gewonnen hatten von einem Falle, der, wie die oben in kurzen Zügen gegebene Krankengeschichte hätte erwarten lassen, durch den Quincke'schen α-Pilz bedingt sein musste. Es drängte sich uns somit unwillkürlich der Gedanke auf, ob nicht auch der herpetische Favus durch den gewöhnlichen γ-Pilz hervorgerufen werden könne, umsomehr als eine früher ausgeführte Impfung mit Favusreinculturen dieselbe Vermuthung aufkommen liess. Da Impfungen mit Favusreinculturen nur selten von positivem Erfolge sind, weiter, da die von uns angelegten Culturen wieder solche von γ-Pilzen waren, mit denen Quincke beim Menschen einen deutlichen Favus nicht erzeugen konnte, so sei dieser Versuch in extenso hier mitgetheilt.[1])

---

[1]) In der Februarsitzung 1889 der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde nahm ich Gelegenheit makroskopisch und mikroskopisch Favusreinculturen zu demonstriren.

Impfung.

Auf meinen, vorher durch Abrasiren der Haare, Seife, Sublimat und Aether gründlich desinficirten rechten Vorderarm impfte ich durch Verreiben am 10. Mai 1887 von einer frisch angegangenen Ueberimpfung, die gemäss unseren Erfahrungen in jeder Beziehung als γ-Cultur anzusprechen war. Um die Pilze und Sporen besser zum Haften zu bringen, wurde die Epidermis an mehreren Stellen, ohne dass es zur Blutung gekommen wäre, mit der Lancette leicht geritzt.

Schon nach wenigen Tagen deutlicher gerötheter Kreis, etwa fünfmarkstückgross; mässiges Juckgefühl.

20. Mai: Die Röthung besteht noch immer, ist vielleicht etwas stärker geworden. Dem Gesammteindrucke nach glaubt man einen Herpes tonsurans squamosus vor sich zu haben; das Jucken ist seit einigen Tagen sehr heftig geworden. In Schüppchen und epilirten Haaren gelingt es nicht Pilze nachzuweisen.

25. Mai: In dem Herpeskreise mehrere ganz kleine, winzige Pünktchen bemerkbar; in Schüppchen, sowie an einem epilirten Haar gelingt heute der Nachweis von Achorion Schoenleinii. Die kleinen gelben Pünktchen ergaben sich als Pilzrasen von Achorion, mithin stellten sie den Beginn der Scutulabildung dar; allmälig trat eine Vergrösserung derselben ein und es zeigten sich weitere neue Pünktchen im Bereich des Herpeskreises, so dass am

29. Mai das Bild folgendes war: Fünf halblinsengrosse deutlich strohgelbe typische Scutula, die Scutula sind von Schichten verhornter Epidermis überzogen, die beim Versuch, die Scutula zu entfernen, eingeritzt werden müssen. Daneben finden sich zahlreiche kleinere, nur erst angedeutete Scutula.

Die Affection blieb, obschon nicht gerade besondere Vorsichtsmassregeln gebraucht wurden, local im Bereiche des erst beschriebenen Herpeskreises und wurde in Kurzem bei Anwendung der in hiesiger Klinik gebräuchlichen Medicamente zum Verschwinden gebracht. Leider kamen von diesem Impffavus angelegte Reinculturen nicht auf. Auch gemäss wiederholter Untersuchung der Scutula auf die Beschaffenheit der Pilzelemente ergab sich nichts, was für das Vorhandensein des Quincke'schen α-Pilzes gesprochen hätte.

Wir glauben durch die zuletzt beschriebene Impfung experimentell bewiesen zu haben, dass auch der γ-Pilz das sogenannte herpetische Vorstadium erzeugen kann, denn erstens konnte kein Zweifel darüber bestehen, dass die zur Impfung benutzten Reinculturen als γ- oder gewöhnliche Favuspilze anzusprechen waren, weiter aber zeigen die an dem mit Favus geimpften Vorderarm gemachten klinischen Beobachtungen in der That, dass ein längere Zeit persistent bleibender Herpeskreis, der sich klinisch in nichts von einem Herpes tonsurans unterschied, das Primäre war, aus dem sich dann der typische Favus entwickelte.

Auf Grund der von uns in den letzten Jahren angestellten Züchtungsversuche halten wir uns zu folgenden Schlussfolgerungen für berechtigt.

1. Auch der γ-Pilz, welcher nach den Quincke'schen Ermittelungen als der am häufigsten vorkommende zu bezeichnen ist und welchen auch nach der Auffassung desselben Forschers Grawitz bei seinen Culturversuchen vor sich hatte, also der gewöhnliche Favuspilz kann Favus herpeticus erzeugen. Wir glauben, dass es uns gelungen ist, für diese Behauptung einen zweifachen sicheren Beweis zu erbringen.

Es gelang uns zunächst, aus einem Favus, der klinisch nur als Favus herpeticus[1]) gedeutet werden konnte, die Reinzüchtung von γ-Pilzen. Ein gleiches Untersuchungsergebniss erzielte Pick.[2]) Weiter waren wir in der Lage aus einer γ-Pilz-Reincultur einen typischen Favus herpeticus am eigenen Arm zu erzeugen. Es gibt somit eine herpesartige Exanthemform, die durch einen und denselben Pilz bedingt, das von Köbner zuerst beschriebene Vorstadium der Favuserkrankung darstellt.

Ob auf der anderen Seite dieselbe Affection durch einen dem γ-Pilz nahestehenden Mikroorganismus α erzeugt werden kann, darüber haben wir keine Erfahrungen. Bei allen unseren Züchtungen lag uns immer der Quincke'sche γ-Pilz vor. Einmal erzielten wir aus einem Favus capillitii, bei dem im Verlaufe der klinischen Behandlung an den Armen und Beinen Herpeskreise auftraten, zwei verschiedenartige Culturen.

---

[1]) S. o. Krankengeschichte.

[2]) Pick, Ueber Favus, Prager med. Wochenschr. 1887.

Letztere waren auch in diesem Falle auf erstarrten Blutserum-Nährböden angelegt worden und aus Favushaaren gewonnen. In dem genannten Falle wurde die Impfung der Nährböden am 18. April 1887 vorgenommen und erst nach zwölf Tagen am 30. April waren die Culturen für das blosse Auge sichtbar. Gemäss dem Wachsthum und dem mikroskopischen Befunde konnte man nicht im Zweifel sein, dass es sich um Favusreinculturen handelte. Weiter war nun auffallend, dass in dem einen Röhrchen die Culturen eine intensivere gelbliche Tinction zeigten, während in den anderen Röhrchen dieselben das bekannte grauweissliche Aussehen frischer Impfungen hatten. Die mikroskopische Untersuchung ergab für letztere mit Sicherheit den γ-Pilz, bei dem ersteren Röhrchen gingen die Fädenverzweigungen mehr spitzwinkelig ab, verjüngten sich gegen das Ende hin und trugen keine kolbigen Verdickungen der Enden. Wir waren im ersten Augenblick geneigt anzunehmen, auch den Quincke'schen α-Pilz reingezüchtet zu haben. Weiterimpfungen gelangen uns jedoch nur von den Culturen, die wir bereits als γ-Culturen erkannt hatten, während von dem uns am meisten interessirenden Röhrchen die Weiterzüchtung nicht gelang. Wie schon hervorgehoben wurde, halten wir uns nicht für berechtigt, aus diesem einmaligen Befunde irgend welche Schlüsse zu ziehen, zumal da eine Weitercultivirung der abweichenden Impfung nicht von Erfolg war.

2. Der α-Pilz scheint sehr selten vorzukommen; bei den gesammten von uns ausgeführten Reinculturen waren wir niemals in der Lage Züchtungen nachzuweisen, die in allen wesentlichen Punkten dem entsprochen hätten, was Quincke als Charakteristica der α-Pilze verlangt.

Zum Schlusse dieser Arbeit spreche ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Geheimrath Doutrelepont für die freundliche Unterstützung bei dieser Arbeit besten Dank aus.

Aus dem Ambulatorium des Dr. P. Michelson, Docenten für Laryngo-Rhinologie sowie für Dermatologie in Königsberg.

Beiträge zur Kenntniss der Pharyngo-nasalen Syphilisaffectionen.

Von

Dr. P. Gerber,
Assistent des Ambulatoriums.

Unter dem Collectivnamen „la syphilose pharyngonasale" fasst Mauriac[1]) die syphilitischen Erkrankungen der Nasenhöhlen, des Nasenrachenraumes und der Mundrachenhöhle zusammen und rechtfertigt diese Bezeichnung mit folgenden Worten: „Les désordres qui surviennent dans ces diverses régions, à une époque plus ou moins éloignée de l'accident primitif, sont étroitement unis entre eux par leur mode pathogénique, leur processus et l'ensemble des troubles fonctionnels qu'ils entraînent du côté de la voix et de la déglutition. Ils constituent donc un groupe pathologique bien défini. Je le désigne sous la dénomination commune de syphilose pharyngo-nasale, qui indique tout à la fois son origine spécifique, son caractère diathésique et sa topographie organique et fonctionelle."[2]) Da nun die syphilitischen Affectionen der in Folgendem mitgetheilten Krankheitsfälle lediglich in den Nasenhöhlen, dem Nasenrachenraume und der Mundrachenhöhle localisirt sind, so schien mir der von Mauriac geschaffene Col-

[1]) De la syphilose pharyngonasale par Charles Mauriac. Paris 1877.
[2]) l. c. quatrième leçon pag. 1 u. ff.

lectivname geeignet auch Ausdehnung und Grenzen meines Themas zu bezeichnen.

Erst in neuester Zeit ist der Syphilis der Nase und des Nasenrachenraumes, wie lange vorher sie auch schon bekannt und gefürchtet war — wissenschaftliche Beschreibung und rationelle Therapie zu Theil geworden, erst seitdem man begonnen hat, diese Körperhöhlen dem Gesichtssinne zugänglich zu machen. Immerhin ist die rhinoskopische Untersuchung noch weit entfernt davon ein Gemeingut der Aerzte geworden zu sein, und besonders ist es immer noch ein ganz ausnahmsweises Ereigniss, dass die pharyngo-rhinoskopische Spiegeluntersuchung zur frühzeitigen Feststellung von Krankheitszuständen im Nasenrachenraume sachgemässe Verwerthung findet.[1])

Auch die in der Literatur vorhandenen Beschreibungen der pharyngo-nasalen Syphilisaffectionen weisen insoferne eine Lücke auf, als sie sich fast ausschliesslich den vorgeschrittenen Stadien dieser Erkrankungen zuwenden, in denen es sich meist schon um mehr oder minder ausgedehnte Defecte und Deformationen handelt — während sie die früheren Stadien, deren rechtzeitige Erkennung und richtige Behandlung es allein dem Arzte ermöglicht, jene späteren, ihrer sichtbaren Entstellungen wegen mit Recht so gefürchteten Processe zu verhüten — nur kurz oder gar nicht behandeln.

So beginnt Mackenzie[2]) in seinem grossen Werke die Schilderung der Symptome der tertiären Nasensyphilis gleich mit dem Finale des Processes: „Bei der tertiären Syphilis findet nicht selten eine Perforation des Septum statt und der cariöse Knochen entsendet einen fürchterlich unangenehmen Gestank, auf welchen man früher den Namen „Ozaena“ anwandte, der gegenwärtig aber auf gewisse Formen des trockenen Katarrhs be-

---

[1]) Moldenhauer. Die Krankheiten der Nasenhöhlen etc. Leipzig 1886, pag. 121 ff.: „Die syphilitischen Geschwüre des Nasen-Rachenraumes bleiben vielfach verborgen, obgleich sie meist vielfache Schluckbeschwerden hervorrufen, weil die meisten Aerzte nur im Stande sind, den Mundtheil des Rachens zu untersuchen.“

[2]) Die Krankheiten des Halses und der Nase von Morell Mackenzie. Berlin 1884. Deutsch von Semon. Bd. II. pag. 569.

schränkt ist. In Fällen dieser Art ist die Secretion aus der Nase gewöhnlich abundant und häufig schwarz gefärbt; selbst die sorgsamste Auswaschung der Nase mittelst eines Irrigators oder eines Sprayapparates erweist sich als machtlos gegen den Gestank. Wird der Vomer in ausgedehnter Weise in Mitleidenschaft gezogen, so kann der Nasenrücken einfallen“ u. s. w. Erst weiter unten entwirft er dann ein kurzes, die früher auftretenden Erscheinungen besser charakterisirendes Bild:[1])

„Bei der Untersuchung der Nase in Fällen tertiärer Syphilis lassen sich oft tiefe, schlecht aussehende Geschwüre mit unregelmässigen Rändern und schmutziggrauen Grundflächen erkennen. Ist Caries vorhanden, so erscheint der Theil über dem erkrankten Knochen in der Regel schwärzlich verfärbt und seine Oberfläche rauh und uneben. Bisweilen aber lässt sich nichts erkennen, als dunkelgefärbte Krusten und grünlich-gelber Schleim, durch welche die wahre Beschaffenheit der unterliegenden Gewebe völlig verhüllt wird. In wieder anderen Fällen können die nekrotischen Knochenpartien so hoch oben in der Nase ihren Sitz haben, dass mittelst des Gesichtssinnes nichts zu ermitteln ist.“

Immerhin handelt es sich aber bei ihm, wie man sieht, schon um erkrankten Knochen. Ueber die syphilitischen Affectionen des Nasen-Rachenraumes finden wir bei Mackenzie gar keine Angaben.

Ein eingehendes und im Ganzen zutreffendes Bild der subjectiven wie objectiven Erscheinungen dieser Zustände gab zuerst Kaposi[2]).

Einige wenige Krankengeschichten „in knappester Beschreibung“ finden sich bei Carl Michel[3]) sowie bei Schede[4]). Die Beschreibung ist aber eben bei Beiden so knapp, dass Derjenige, der nicht selbst eine Anzahl solcher Fälle zu Gesicht bekommen hat, sich kaum eine deutliche Vorstellung davon wird machen können.

---

[1]) Ibidem pag. 570.

[2]) Die Syphilis der Schleimhaut der Mund-, Rachen-, Nasen- und Kehlkopfhöhle. Von Dr. Moriz Kohn (Kaposi), Erlangen 1866.

[3]) Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes von Dr. Carl Michel, Berlin 1876, pag. 46 u. ff.

[4]) Schede, Ozaena und Rhinitis in Richard v. Volkmann's Beiträgen zur Chirurgie. Leipzig 1875, pag. 269 ff.

Ein ausführlicheres und sehr anschauliches Krankheitsbild entwirft Moldenhauer in seinem oben citirten Werke[1]).

Auch die beiden vor Michelson erschienenen Monographien auf diesem Gebiete, das schon oben erwähnte Buch Mauriac's und die Arbeiten von Schuster und Sänger[2]) bedürfen in dieser Hinsicht durchaus der Ergänzung. Schuster gebührt das grosse Verdienst, als der Erste bei seinen Untersuchungen die Rhinoskopie methodisch durchgeführt zu haben, nur scheint er die Schwierigkeit der hinteren Rhinoskopie — wie wenigstens aus der ersten Arbeit erhellt[3]) — überschätzt zu haben; in der zweiten Reihe seiner Beiträge drückt er sich allerdings darüber schon weniger bedenklich aus[4]). Die von ihm erhobenen Befunde betreffen nun aber nur vorgeschrittenste Stadien der Lues narium, wie das bei der Beschaffenheit des Aachener Materials nicht befremdlich erscheinen kann, und sind daher nicht im Stande einen gesammten Ueberblick über den ganzen Verlauf der uns interessirenden Processe zu verschaffen.

Mauriac scheint die rhinoskopische Untersuchung mehr als einen diagnostischen Zierrath, denn als ein wichtiges Untersuchungsmittel betrachtet zu haben; wenigstens sucht man in den mitgetheilten Befunden fast immer vergeblich nach der Schilderung ihrer Ergebnisse. Bezüglich der hinteren Rhinoskopie schreibt er:[5]) „L'examen rhinoscopique, à l'aide du miroir, se fait dans l'arrière-gorge, derrière le voile du palais. Il demande une grande habileté de la part du malade, un émoussement de la sensibilité réflexe qui ne s'acquiert qu'au bout de plusieurs séances et par suite d'un contact réitéré avec l'instrument. Lorsque cet examen est pratiqué dans des conditions favorables, on peut explorer la partie supérieure du voile, l'orifice inférieur des trompes et l'ouverture postérieure des narines. Mais si les lésions, comme cela arrive fréquemment, sont situées dans la région la plus profonde et la plus élevée des narines, il est bien

---

[1]) pag. 114—122.

[2]) Schuster und Sänger. Beiträge zur Pathologie der Nasensyphilis. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. Bd. IV u. V.

[3]) Ibidem Bd. IV, pag. 104.

[4]) Ibidem Bd. V, pag. 213.

[5]) l. c. cinquième leçon, pag. 29.

difficile de les éclairer et d'obtenir leur image d'une façon suffisamment nette pour s'en faire une idée. Heureusement qu'on peut les deviner et les diagnostiquer sans les voir."

Wie trügerisch der Schluss ist, zu dem Mauriac kommt, das wird im Verlaufe dieser Arbeit klar werden.

Im Ambulatorium ist es in den Fällen, in denen es erforderlich schien, — wenn auch öfters erst nach längerer Vorübung — wohl immer gelungen, mittelst der hinteren Rhinoskopie eine Inspection des Nasenrachenraumes vorzunehmen.

Erst Michelson[1]) schildert eingehend unter Benützung der neueren Untersuchungsmethoden die früheren Stadien der Nasensyphilis, deren Symptome, Entwickelung und Verlauf er unter Anführung einiger typischer Beispiele erläutert. Bei dem eminent praktischen Interesse, das dieses Thema hat, dürfte wohl eine ausführlichere Bearbeitung desselben willkommen erscheinen, und bin ich einer Aufforderung des Herrn Dr. Michelson, sein in den letzten Jahren gesammeltes Krankenmaterial in dieser Hinsicht zu verwerthen um so lieber nachgekommen, als es mir vergönnt war, selbst den Verlauf mehrerer dieser Fälle im Ambulatorium beobachten zu können.

In den Rahmen dieser Arbeit wird zugleich die Syphilis der Mundrachenhöhle eingefügt werden, auf die Michelson in seinem Vortrag nicht näher einzugehen beabsichtigte. — Die Gruppirung der Krankengeschichten soll in der Weise geschehen, dass in der ersten Gruppe die Fälle zusammengestellt sind, die lediglich Affectionen der Nase und des Nasenrachenraumes darstellen, in der zweiten Gruppe diejenigen, in denen neben diesen Höhlen auch die Mundrachenhöhle befallen ist. Auf den letzten Fall (15) der ersten Abtheilung, in dem es sich um eine nur im Nasenrachenraum localisirte Syphilis handelt, sei schon hier aufmerksam gemacht.

Da die Nummern der Krankengeschichten von den leichteren zu den schwereren Affectionen fortschreiten werden, so wird es sich in den ersten Fällen nur um geringfügige oberflächliche Erosionen der Nasenhöhle handeln, in den letzten aber, die

---

[1]) Ueber Nasensyphilis von Dr. Paul Michelson. v. Volkmann's Sammlung. Nr. 326. (Innere Medicin 109.)

schon mit abgelaufenen Processen in die Behandlung traten, um hochgradige Destructionen und Defecte in Nasen- und Mundrachenhöhle.

I.

Syphilis der Nase, respective der Nase und des Nasenrachenraumes.

Fall 1. Ens. — Siehe Michelson, l. c. pag. 2 ff.

Fall 2. Frau Cl. — Siehe Michelson, l. c. pag. 5 ff.

Fall 3.

Syphilitische Infection 1870. Nasenleiden 1883. Erosion an der linken mittleren Muschel. Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen.

Herr N., Fasskellner, ein kräftig gebauter Mann von dreiunddreissig Jahren, tritt am 20. Februar 1883 in die Behandlung des Herrn Dr. Michelson. — Er hatte sich im Jahre 1870 syphilitisch inficirt und war nach einer sechzehntägigen Einreibungs- und Schwitzcur von dem betreffenden Arzte als geheilt aus der Behandlung entlassen worden. Seit längerer Zeit klagt er über Magenbeschwerden und neuerdings über Gefühl von Wundsein in der Nase; beim Schnäuzen kommt gelegentlich aus dem linken Nasenloch etwas Blut. Auch klagt er über Kopfschmerz. Geruchsvermögen ist erhalten. Die Haut über dem Nasenrücken ist geröthet und etwas geschwollen. Der rhinoskopische Befund: Die Nasenhöhlen sind eher weit, mit mattglänzender, trockener Schleimhaut ausgekleidet. Dem vorderen oberen Ende der linken mittleren Muschel haftet ein Schorf an; nachdem derselbe abgeweicht ist, tritt eine flache, bei Sondenberührung blutende Erosion zu Tage. Die geschwollenen submaxillaren Lymphdrüsen links bilden einen etwa wallnussgrossen, ziemlich harten, indolenten Tumor.

Beginnende Besserung unter Jodkaligebrauch; vollkommen verschwinden jedoch die erwähnten Krankheitserscheinungen erst während einer am 17. April 1883 eingeleiteten und bis Ende Mai fortgesetzten Inunctionscur.

Bis zum 2. Januar 1885, an welchem Tage Patient sich zum letzen Male Herrn Dr. Michelson vorstellte, war kein Recidiv eingetreten.

Fall 4.

1883 Ulcus am Frenulum; später „Wundsein am After". Inunctionscur. Neun Monate später Erosionen im Vestibulum nasi. Zugleich: impetiginöse Efflorescenzen der Kopfhaut und eine Erosio ad anum.

Der Maschinist R., ein kräftig gebauter Mann von neunundzwanzig Jahren, stellt sich Herrn Dr. Michelson am 1. Februar 1883 wegen eines runden, wenig secernirenden, kleinen Ulcus am Frenulum vor, das einige Tage nach einem verdächtigen Coitus entstanden war. Beiderseits indolente

Schwellung der Inguinaldrüsen, links stärker als rechts. Ende Februar, nachdem das Ulcus geheilt ist, entzieht sich Patient der weiteren Behandlung, meldet sich jedoch am 17. Juni 1883 wegen erheblicher, mit lebhaften Schmerzen beim Gehen und auf Druck, sowie mit Fieber verbundener Schwellung der linksseitigen Leistendrüsen von neuem. Zugleich berichtet er, dass er in den Monaten April und Mai unter anderweitiger Behandlung wegen „Wundseins am After" eine Inunctionscur durchgemacht habe.

Am 3. Juli Operatio bubonis. Am 23. Juli 1883 ist die Operationswunde solide vernarbt; einige unterhalb des Poupart'schen Bandes gelegene Lymphdrüsen noch mässig intumescirt. Allmälige Involution derselben bis Mitte September ohne weitere Behandlung.

Am 28. September 1883 ist das Vorhandensein oberflächlicher Erosionen im Vestibulum sowohl der linken wie der rechten Hälfte der Nasenhöhle notirt. Daneben bestehen: vereinzelte impetiginöse Efflorescenzen der Kopfhaut und eine anscheinend aus einer zerfallenen Papel hervorgegangene Erosio ad anum. Beseitigung der genannten Symptome durch interne und locale Application von Mercurpräparaten.

Eine fünf Jahre später — im Juli 1888 — ausgeführte rhinoskopische Controluntersuchung lässt an der Nasenschleimhaut nichts Abnormes erkennen.

Fall 5.

„Schanker" 1872. Nasenleiden 1886. Erosionen am vorderen Nasenhöhlenabschnitt. Intumescenz der unteren Muscheln. Gegenüber der linken tiefe Ulceration der Mucosa septi. Heilung mit Atrophie.

Herr R., Gerbereibesitzer, aus G. in Ostpreussen, fünfundvierzig Jahre alt, hat in seinem dreissigsten Lebensjahre einen „nadelkopfgrossen" Schanker an der Eichel acquirirt, der durch „ein paar" Einreibungen des Körpers mit grauer Salbe schnell zur Heilung kam. Seitdem dauerndes Wohlbefinden bis zur Zeit seiner jetzigen Erkrankung. Vor neun Jahren hat Patient sich verheiratet; seine Frau ist gesund; Kinder sind aus der Ehe nicht hervorgegangen.

Seit länger als einem Jahr nun hat Patient über Verstopfung in der Nase, Verlust des Riechvermögens, Ohrensausen, Benommenheit des Kopfes und erschwerte Athmung zu klagen. Die ihm in seiner Heimat verordneten Nasendouchen und Einpinselungen des Halses blieben wirkungslos.

Als sich Herr K. am 6. September 1887 vorstellte, nahm Herr Dr. Michelson folgenden Status auf:

Patient ist ein kräftig gebauter, sehr wohlgenährter Mann. Die äussere Nase etwas geschwollen, auf Druck nicht empfindlich; in den Thränenpunkten beider Augen Eiter. Das Vestibulum beider Nasenhälften mit Borken angefüllt; die nach Abweichen derselben ausgeführte rhinoskopische Untersuchung zeigt an verschiedenen Stellen der Oberfläche des vorderen Nasenhöhlenabschnittes unregelmässig geformte Erosionen, so besonders am

rechten Nasenflügel, an der Schleimhaut der rechten unteren und mittleren Muschel, und des der linken unteren Muschel gegenüberliegenden Theiles der Nasenscheidewand. Die hinteren Partien der unteren Muscheln und der entsprechenden Abschnitte des Septum wegen entzündlicher Schwellung der unteren Muscheln der Besichtigung nicht zugänglich. Dem Patienten, der nicht in Königsberg bleiben kann, wird verordnet: Inhalationen mit Borwasser, innerlich Jodkali, zuerst 2·0, dann 2·5 Gr. pro die. Besserung sämmtlicher subjectiven wie objectiven Krankheitserscheinungen. Am 3. October 1887 ist die äussere Nase von deutlich schlankerer Form, rechte untere Muschel abgeschwollen, ihre Oberfläche höckerig, von atrophischem Aussehen. Linke untere Muschel noch intumescirt, retrahirt sich nach Cocainisiren ein wenig, und lässt nun die früher nicht übersehbare, ihrer stärksten Convexität gegenüberliegende Partie der Mucosa septi als tief ulcerirt erkennen. Behandlung: Calomelölinjectionen und Jodkali bis 3·5 pro die steigend.

Am 10. Januar 1888. Wunde Stellen an der Nasenschleimhaut nicht mehr nachzuweisen; dementsprechend keine Borkenbildung; Absonderung aus der Nase gering, schleimig. Riechvermögen für stärker riechende Stoffe vorhanden. Die Mucosa septi zeigt an der Stelle des früheren Geschwürs eine gewisse Depression; rechte untere und mittlere Muschel atrophisch.

Am 21. Mai 1888. Controluntersuchung: Fortdauer des befriedigenden Zustandes.

Fall 6.

Schanker 1874. Schmiercur; Nasenleiden 1883. Ulceration am Septum. Keinerlei andere Erscheinungen.

Herr v. K., siebenunddreissig Jahre alt, Landwirth aus Ostpreussen, hat vor über zehn Jahren einen mit schmerzhafter doppelseitiger Schwellung der Leistendrüsen verbundenen „Vorhaut-Schanker" gehabt und damals eine Schmiercur von einundzwanzigtägiger Dauer durchgemacht. Abgesehen von zeitweise auftretenden Magenbeschwerden war der Gesundheitszustand des Patienten bis zum Herbst 1883 befriedigend gewesen. Um diese Zeit hatte sich ein Schnupfen mit eitriger Absonderung und allmäliger Anschwellung der äusseren Nase eingestellt. Die von dem behandelnden Arzte verordneten Ausspülungen mittelst der Nasendouche führten keine Besserung herbei.

Herr Dr. Michelson nahm am 10. Juli 1884 folgenden Status auf: Patient ist ein kräftig gebauter Mann; äussere Nase geschwollen, ihre Spitze geröthet. Angestellte Proben erweisen die Klage des Patienten über Verlust des Riechvermögens als begründet. Das Vestibulum der rechten Nasenhälfte ist durch Borken verstopft. Nach Abweichen derselben kommt bei der rhinoskopischen Untersuchung eine ziemlich blasse, froschlaichähnliche Granulationsmasse zum Vorschein, die, wie die Sondenuntersuchung ergiebt, ihren Ausgang von dem etwas weiter rückwärts, gegenüber dem

vorderen Ende der unteren Muschel gelegenen Abschnitt der Nasenscheidewand nimmt; die Sonde stösst hier auf eine kleine Stelle freiliegenden Knorpels.

Geringe Schwellung einiger oberflächlicher Inguinaldrüsen beiderseits; sonst nichts Erwähnenswerthes.

Behandlung: Inunctionscur, bei gleichzeitigem Jodkaligebrauch.

Bereits am 16. Juli 1884 (nach fünf Inunctionen à 4 Gr. und circa 8 Gr. Jodkali) konnte Patient berichten, dass die Absonderung aus der Nase erheblich geringer geworden sei und etwas Geruchsempfindung sich wieder eingestellt habe. Objectiver Befund: Die Schwellung der äusseren Nase nicht mehr so auffällig wie früher; die Granulationswucherung verkleinert. Letztere ist am 3. August 1884 (nach neunzehn Inunctionen und 24 Gr. Jodkali) vollkommen verschwunden. Am 30. August 1884 (nach vierzig Inunctionen und 48 Gr. Jodkali) wird die Cur abgeschlossen. Das Septum ist an der Geschwürsstelle mit einem dünnen, lose anhaftenden Schorfe bedeckt; nach Entfernung desselben mit der Sonde zeigt sich die Schleimhaut oberflächlich excoriirt, die äussere Nase nicht mehr geschwollen. Das Riechvermögen wieder völlig normal. Subjectives Befinden vortrefflich, besonders auch der Appetit besser, wie seit Jahren. Nach Einpinselung mit Salbe von Hydrargyrum praecipitatum flavum überhäutet sich die erwähnte Excoriation am Septum. Als Patient im Frühjahr 1885 zum letzten Male rhinoskopisch untersucht wurde, war die Narbengegend nur durch ein etwas atrophisches, trockenes Aussehen der Schleimhaut erkennbar.

Gelegentlich eines zufälligen Zusammentreffens im Januar 1888 versicherte Herr v. K. Herrn Dr. Michelson, dass er mit seinem Befinden in jeder Beziehung zufrieden sei, in specie keine Beschwerden von Seiten der Nase mehr habe.

Fall 7.

Syphilitische Infection 1879. Schmiercur. Beginn des Nasenleidens Ende 1888. Rechts an der Mucosa septi eine sagittale, muldenförmige Depression. Ulceration an der rechten mittleren Muschel. Heilung mit Atrophie.

A. L., Wagenmeister, achtundvierzig Jahre alt, verheiratet. Seine Frau und drei Kinder sind gesund; zwei andere sind früh gestorben. Vor etwa zehn Jahren hat Patient sich syphilitisch inficirt; es zeigte sich damals eine „wunde harte Stelle an der Eichel" und beiderseits intumescirte Drüsen. Irgend welche andere Erscheinungen, Ausschlag oder dergleichen, will Patient nie gehabt haben. Er hat sich dann einer Schmiercur unterzogen, nach welcher er gesund geworden ist. Ausser einem Ulcus am rechten Unterschenkel, das vor etwa vier bis fünf Jahren aufgetreten und nach einer localen und innerlichen Behandlung (wohl mit Jodkalium) geheilt ist, will Patient dann bis auf sein jetziges Leiden gesund gewesen sein. Dieses begann im October vorigen Jahren mit Schnupfen, Verstopfung der Nase

besonders rechts, und Abnahme des Riechvermögens. Dazu traten rechtsseitige Kopfschmerzen, die Nachts stärker wurden und den Patienten nicht schlafen liessen.

Am 4. Januar 1889 nahm Herr Dr. Michelson folgenden Status auf:

Patient ist ein Mann von kräftigem Knochenbau, von schlaffer Musculatur und geringem Panniculus adiposus. Gesichtsfarbe blass; Gesichtsausdruck leidend. Foetor ex naribus. Aeussere Nase nicht geschwollen, Druck auf das knöcherne Nasengerüst empfindlich. Bei Besichtigung des Naseninnern zeigt sich beiderseits, besonders rechts, starke Borkenbildung. Nach Abweichen der Borken sieht man an der Mucosa septi der rechten Seite, gegenüber der medialen Fläche der unteren Muschel eine in sagittaler Richtung verlaufende, etwa 3 Mm. hohe muldenförmige Depression; die Schleimhaut, welche dieselbe deckt, hat stellenweise eine unregelmässig rauhe ulceröse Beschaffenheit. Desgleichen ist die Schleimhaut des mittleren unteren Abschnittes der mittleren Muschel ulcerirt, die Berührung derselben recht empfindlich und führt die Sondenbetastung dieser Localität zu einer mässigen Blutung. Atrophie der Muscheln ist nicht vorhanden. Das Integument der rechten unteren Muschel erscheint sogar eher entzündlich geröthet und geschwollen.

Irgend welche andere Erscheinungen von Lues sind gegenwärtig beim Patienten nicht nachzuweisen; kein Ausschlag; keine Drüsenschwellungen. Nur die rechte Clavicula zeigt, besonders am Sternalende, eine auffällige Verdickung und unebene Beschaffenheit des Randes. Auch will Patient zeitweise sowohl spontan, wie besonders auf Druck dort Schmerzen empfunden haben.

Ordo: Jodkali 2·0, später 2·5 Gr. pro die. Local: Jodoform-Insufflationen.

Unter dieser Behandlung hat sich schon nach einigen Tagen das Allgemeinbefinden sehr gehoben, die subjectiven Beschwerden sind geringer. Die Borkenbildung hat abgenommen; Fötor ist nicht mehr so auffällig. Die Bedeckungen der rechten unteren Muschel sind flacher wie früher und erweist die dadurch ermöglichte bessere Besichtigung der rück- und aufwärts liegenden Theile des Naseninnern, dass gerade am unteren Rande der mittleren Muschel die Schleimhaut in weiterer Ausdehnung noch ulcerirt und stellenweise mit Borken bedeckt ist. Die Ulcerationen in der oben erwähnten Mulde sind anscheinend im Heilen. Allmälig flacht sich der untere Rand derselben mehr und mehr ab, während der obere noch längere Zeit mit leicht blutenden Granulationen bedeckt bleibt.

Am 19. Januar 1889 zeigt sich der vordere Abschnitt der rechten mittleren Muschel intact, ihr hinterer unterer Theil aber, soweit derselbe zu übersehen ist, einen sehr deutlichen ulcerösen, tiefgreifenden Defect, dessen Grund stellenweise mit nach abwärts pendelnden Granulationswucherungen bedeckt ist, die mit der Sonde zu bewegen sind.

24. Januar 1889. Das Allgemeinbefinden des Patienten bessert sich in erfreulicher Weise; seit dem 2. Januar Gewichtszunahme von 5 Pfund.

Rhinoskopischer Befund: Keine Borkenbildung mehr; die polypoide Granulationswucherung verkleinert sich; die mittlere Muschel im Stadium beginnender Atrophie.

An Stelle der Borkenbildung tritt nun eine mässige eitrige Secretion, während die Atrophie der mittleren Muschel weiter schreitet, so dass sie nun ungewöhnlich weit — in ihrer ganzen Ausdehnung — zu übersehen ist. Ordo: Inunctionscur à 3 Gr., Jodkali à 2·5 Gr. pro die. Jodoform-Insufflationen. Am 28. Januar 1889 zeigt sich am vorderen Ende der mittleren rechten Muschel eine Auflagerung von gelblichem Eiter; das Integument der Muschel selbst erweist sich nach Abtupfen des Eiters intact. Oberhalb zwischen Septum und der Gegend des vorderen Endes der oberen Muschel hängt gleichfalls ein Eitertropfen. Hieraus darf wohl geschlossen werden, dass ein der Besichtigung nicht zugänglicher Ulcerationsprocess an den obersten Partien der rechten Nasenhälfte noch fortbesteht.

Unter Fortsetzung der obigen Behandlung bis zum 7. Mai 1889 wird die Atrophie der früher ulcerirten Theile immer deutlicher. Zugleich behalten diese eine Neigung sich mit zähem Secret zu bedecken, nach dessen Abheben aber weder Blutung noch Ulceration sich zeigt.

Fall 8.

1867. „Wundsein an der Vorhaut“. Rein locale Therapie. Beginn des Nasenleidens 1888. Ulcera am Septum und den Muscheln.

Herr Tbl., Rentier aus L., sechzig Jahre alt, hat im Jahre 1867 wegen eines „Wundseins an der Vorhaut“ in ärztlicher Behandlung gestanden. Dasselbe heilte nach Anwendung einer „rothen Salbe“.

Drüsenschwellungen, Hautausschläge oder dergleichen seien dieser Affection nicht gefolgt. Patient ist seit 1869 verheiratet und Vater zweier gesunder Kinder. Aborte hat seine Frau nie durchgemacht.

Seit Februar 1888 hat Patient über starken Ausfluss aus der Nase zu klagen, zu welchem Ende März fast vollkommene Undurchgängigkeit, besonders der linken Nasenhälfte hinzukam. Patient wurde seitdem durch Trockenheit im Halse in seiner Nachtruhe vielfach gestört, zugleich nahm die Sprache einen näselnden Charakter an. Das Riechvermögen ging vollkommen verloren, der Geschmack erlitt empfindliche Einbusse. In letzter Zeit war die Respiration von einem schnarchenden Geräusche begleitet.

Die in der Heimat des Patienten ärztlicherseits verordneten Mittel erwiesen sich als erfolglos und so wurde er am 2. Juli 1888 durch Herrn Kreisphysicus Dr. Arbeit Herrn Dr. Michelson zur Behandlung überwiesen.

Die Untersuchung an diesem Tage ergab:

Kleiner, kräftig gebauter Mann von blassem Aussehen, aber sonst ziemlich gutem Ernährungszustande. Seine lautschnarchende Respiration ist bis in das Nebenzimmer hörbar. Die gegenwärtigen Beschwerden decken sich mit den bereits in der Anamnese erwähnten.

Aeussere Nase in ihrem unteren Theile etwas geschwollen und geröthet; keine Druckempfindlichkeit. Vestibulum narium beiderseits durch harte bräunliche Borken verstopft, nach deren Abweichen sich an der Mucosa septi flache Erosionen von ganz unregelmässiger Begrenzung etwas oberhalb der Gegend der unteren Muscheln zeigen. Dieselben erstrecken sich rechts bis an die vordere Grenze des Septum cartilagineum und gehen auch auf die benachbarten Theile der seitlichen Nasenwand über. Die Bedeckungen der unteren Muscheln entzündlich infiltrirt und besonders in ihren hinteren Partien der Scheidewand anliegend. Hintere Rhinoskopie ist bei sehr ungünstigen Raumverhältnissen und starker Reizbarkeit unausführbar. Die sonstige Untersuchung ergiebt nichts Bemerkenswerthes.

Ordo: Sol. Kali jodati 5·0 : 150·3 mal täglich ein Esslöffel. Oertlich: Abweichen der Borken durch Einlegen von Tampons, die abwechselnd in desinficirende Flüssigkeiten getaucht und mit Lassar'scher Paste bestrichen werden. Jodoform-Insufflationen.

Unter dieser Behandlung hat bereits am 13. Juli 1888 eine Abschwellung der intumescirten Theile in mässigem Grade stattgefunden, derart, dass Patient meistens durch eine Nasenhälfte, oft durch beide Luft bekommt.

Ordo: Inunctionscur à 3·0 Gr. pro die bei täglichen Bädern. Daneben Jodkali. Locale Behandlung wie früher.

Am 19. Juli 1888 hat die Schwellung der äusseren Nase wie die Borkenbildung erheblich nachgelassen; rhinoskopisch sind jetzt auch die hinteren Abschnitte des Septum zu übersehen und zeigen sich ebenso wie die medialen Flächen der unteren Muscheln mit flachen Ulcerationen bedeckt. Am Tage hat Patient grösstentheils Luft durch beide Nasenhälften und giebt an, auch Nachts meistens mit geschlossenem Munde zu schlafen. Am 4. August 1888 hatten sich die Geschwürsflächen bereits theilweise überhäutet; das Riechvermögen ist befriedigend, äussere Nase nicht mehr geschwollen, kein näselnder Sprachklang mehr.

Am 20. August stellt Patient sich nach einer Reise wieder vor. Er hat den Gebrauch von Jodkali und die oben besprochene locale Behandlung fortgesetzt. Patient hat jetzt gar keine Beschwerden mehr. Die rhinoskopische Untersuchung stellt fest, dass sämmtliche früher vorhandenen Geschwüre gut überhäutet und die Muscheln nicht mehr geschwollen sind.

Controluntersuchung im November 1888. Fortdauer des guten Befindens.

Fall 9.

Undurchgängigkeit der linken Nase mit sehr profuser eitriger Secretion. Paroxysmenartige Kopfschmerzen. Muldenförmige Ulceration des Septum, gegenüber der linken untern Muschel. In der Anamnese keine Anhaltspunkte für Lues; keine anderweitigen luetischen Erscheinungen.

Frl. R., dreiunddreissig Jahre alt, Wirthin aus Königsberg in Preussen, hat im achten Lebensjahre einen Scharlach durchgemacht, an den sich ein

Augenleiden schloss. 1866 mehrwöchentliche aber ausschliesslich örtliche Behandlung in der hiesigen Augenklinik. Sie war dann bis auf ihr jetziges Leiden immer gesund. Dieses zeigte sich vor etwa vier Wochen in Undurchgängigkeit der linken Nasenhälfte verbunden mit reichlicher eitriger, aber nicht übelriechender Absonderung.

Nachts war die Secretion zuweilen so stark, dass Eiterflecken auf dem Kopfkissen gefunden wurden. Gleichzeitig mit diesen Beschwerden von Seiten der Nase traten Kopfschmerzen auf, die ihren Sitz ausschliesslich in der linken Supraorbital- und Scheitelgegend hatten und nur paroxysmenweise während der Vormittagsstunden sich bemerkbar machten. Eine Abnahme des Riechvermögens und eine Veränderung der Sprache wurden nicht beobachtet.

Status vom 1. September 1888.

Patientin ist ein kräftig gebautes Mädchen von etwas blasser Gesichtsfarbe und mangelhaftem Haarwuchs. An den Augen lässt die einfache Inspection Abnormitäten nicht erkennen; desgleichen an Haut, Drüsen und inneren Organen nichts Bemerkenswerthes.

Druck auf die Incisura supraorbitalis sinistra, der bei der ersten Untersuchung am 29. August sehr empfindlich war, wird heute, seitdem vom genannten Tage Jodkali 3·0 pro die gebraucht ist, nicht mehr schmerzhaft empfunden.

Aeussere Nase nicht geschwollen, Druck auf dieselbe nicht empfindlich, Riechproben ergeben normales Riechvermögen auf beiden Nasenhälften. Gehör normal.

Bei der rhinoskopischen Besichtigung des Naseninnern zeigt die rechte Nasenhälfte keinerlei Veränderung. Links findet sich am Septum der selbst anscheinend unveränderten unteren Muschel genau gegenüber und der ganzen Länge derselben entsprechend, eine schorfbedeckte ulceröse Fläche.

Nach Abweichen des Schorfes zeigt es sich, das Granulationen in dem Geschwürsgrunde nicht enthalten sind, und dass die feste Unterlage nirgends frei liegt. Die erwähnte Ulceration ist gegenüber der grössten Convexität der Muschel am tiefsten und stellt in toto einen, der etwas unregelmässigen Form der Concha inferior sich ziemlich genau adaptirenden Abdruck dar. Die mittlere Muschel ist, soweit man sie übersehen kann, unverändert.

Hintere Rhinoskopie ist wegen zu erheblicher Reflex-Erregbarkeit und kleinen Nasen-Rachenraumes trotz starker Cocaïn-Einpinselung vorläufig unausführbar.

Die seit dem Tage der ersten Vorstellung der Patientin, 29. August, eingeleitete Therapie, Jodkali und Jodoform-Insufflation nach Abweichung der Borken, wird fortgesetzt.

Nach etwa dreiwöchentlicher Behandlung sind die Ulcerationen geheilt und Patientin entzieht sich der weiteren Beobachtung.

Fall 10.

Syphilitische Infection im Jahre 1880. Antisyphilitische Curen. 1887 Auftreten des Nasenleidens. Schwellung der äusseren Nase; Ulcera an der rechten unteren Muschel und am Septum cartilagineum. Gegenwärtig keine anderen syphilitischen Symptome.

Wilhelm R., dreiunddreissig Jahre alt, Arbeiter, hat sich 1880, kurz vor seiner Verheiratung syphilitisch inficirt, und ist in der Zeit von 1880 bis 1883 in der chirurgischen Poliklinik zuerst mit subcutanen Injectionen, dann wegen mehrerer Recidive wiederholt mit Schmiercuren behandelt worden.

Frau und zwei Kinder des Patienten (1885 und 1886 geboren) sind gesund.

Sein jetziges Leiden begann im August 1887 mit starkem eitrigen, öfters mit Borken untermischtem Ausfluss aus der rechten Nasenhälfte, verbunden mit einer mässigen Schwellung der Nasenwurzelgegend, wozu in letzter Zeit Undurchgängigkeit der rechten Nasenhälfte und Verlust des Riechvermögens trat.

Als sich Patient am 30. October 1887 auf Veranlassung des Herrn Collegen Wedel Herrn Dr. Michelson vorstellte, nahm dieser folgenden Status auf: Die äussere Nase, besonders in der Nasenwurzelgegend, in mässigem Grade geschwollen; auf Druck etwas empfindlich, ihre Haut nicht geröthet. Der vordere Abschnitt der rechten Nasenhälfte durch bräunliche Krusten vollkommen obturirt. Nachdem diese mittelst angefeuchteter Tampons entfernt sind, lässt sich rhinoskopisch das Vorhandensein eines etwa erbsengrossen, flachen Geschwürs am vordersten Theile der medialen Fläche der unteren Muschel constatiren. Die Umgebung desselben ist infiltrirt. Berührung des Geschwürgrundes mit der Sonde empfindlich. Am vordersten Theile des Septum eine bis in die knorpelige Unterlage reichende, scharf abgegrenzte fast kreisrunde Ulceration von etwa 4 Mm. Durchmesser. Durchblick in den Nasenrachenraum wegen Schwellung der unteren Muscheln rechts wie links unmöglich.

Die übrige Untersuchung des robust gebauten Mannes ergiebt nichts Bemerkenswerthes.

Behandlung: Abweichen der Borken mit in dreiprocentige Borsäurelösung getauchten Tampons und Jodoform-Insufflation. Zweimalige Injection einer Pravaz'schen Spritze Calomelöl (1:10) nach Neisser in die Glutäalgegend.

Am 11. November 1887 wird constatirt, dass die Schwellung der äusseren Nase nachgelassen hat. Das Ulcus am vorderen Ende der rechten unteren Muschel ist ohne Hinterlassung erkennbarer Veränderungen geheilt. Das Ulcus septi beginnt zu granuliren. Die Secretion ist geringer, mehr schleimig, das Riechvermögen hat sich gebessert.

Von den Calomelöl-Injectionen muss wegen der nach jeder Einspritzung eingetretenen mit lebhaftem Schmerz einhergehenden Schwellung

der Hinterbacken Abstand genommen werden, weshalb sich die Therapie vorerst auf den Gebrauch von Jodkalium 2 später 3 Gr. pro die beschränkt.

Unter dieser Behandlung findet ein weiterer Nachlass der entzündlichen Infiltration statt, derart, dass jetzt auch die hinteren Abschnitte des Septum und der unteren Muscheln der Untersuchung zugängig werden. Am Involucrum der linken Seite des Septum, in der Höhe des unteren Nasenganges, zeigen sich nur noch wenige oberflächliche Erosionen, die am 27. November bereits überhäutet sind.

Wegen der nur langsam fortschreitenden Heilung des rechtsseitigen Ulcus septi wird am 11. December noch eine Inunctionscur von 4 Gr. pro die eingeleitet. Oertlich: Application von mit zehnprocentiger Jodoformsalbe bestrichenen Tampons.

Am 8. Januar 1888 wird die Cur beendet, nachdem das Ulcus völlig vernarbt und Durchgängigkeit der Nase und Riechvermögen normal geworden.

Rechte untere und mittlere Muschel von etwas atrophischem Aussehen.

Am 3. April 1888 Controluntersuchung. Fortdauern des befriedigenden Zustandes.

Fall 11.

Syphilitische Infection 1877; keine antisyphilitische Behandlung. 1880 Geschwür am weichen Gaumen, mit wenigen Inunctionen behandelt. 1887 Auftreten des Nasenleidens. Runde und muldenförmige Erosionen am Septum; geringe Atrophie der unteren Muscheln. Heilung nach dreissig Inunctionen und 33 Gr. Kali jodat.

Herr R., siebenunddreissig Jahre alt, Kaufmann, acquirirte vor etwa zwölf Jahren einen „Schanker an der Eichel“, der unter ausschliesslich örtlicher Behandlung heilte. Drei Jahre später ein Geschwür in der Mitte des weichen Gaumens, das nach wenigen Einreibungen des Körpers vernarbt war, wodurch Patient sich veranlasst fühlte, die Cur abzubrechen. 1878 verheiratete er sich; seine Frau ist gesund, von den fünf aus der Ehe hervorgegangenen Kindern starben drei innerhalb des ersten Lebensjahres; zwei leben und sind gesund.

1882. Verletzung der äusseren Nase durch Stoss.

Im März 1887 Undurchgängigkeit der Nase, totaler Verlust des Riechvermögens, Foetor ex naribus, Schmerzen im Hinterkopf. Letztere, sowie die Undurchgängigkeit der Nase bessern sich ein wenig nach galvanokaustischen Beizungen. Die noch fortbestehenden Beschwerden aber werden auch durch einen vom October 1887 einige Wochen hindurch fortgesetzten Gebrauch von Jodkalium (4 : 100, dreimal täglich ein Esslöffel) und Jodol-Insufflationen nicht beseitigt.

Nachdem Patient Anfangs December ein Augenleiden durchgemacht, wird er von Herrn Stabsarzt Dr. Heisrath Herrn Dr. Michelson überwiesen, der am 6. December 1887 folgenden Status aufnimmt:

Patient ist ein grosser, kräftig gebauter, etwas plethorisch aussehender Mann. Die äussere Nase im Ganzen etwas geschwollen, nicht geröthet. Von der Gegend des unteren Abschnittes des linken Nasenbeines schräg median und abwärts verläuft eine circa 1 Ctm. lange schmale Narbe, die mit dem in der Anamnese erwähnten Trauma zusammenhängt, wie wahrscheinlich auch eine geringe, nur bei Besichtigung im Profil erkennbare Depression des Nasenrückens in der Gegend der oberen Begrenzung der Apertura pyriformis.

Durch die angestellten Versuche wird vollkommenes Fehlen des Riechvermögens constatirt; die Sprache hat einen etwas nasalen Beiklang; Fötor zur Zeit nicht vorhanden.

Vestibulum narium beiderseits mit dicken bräunlichen Borken verlegt, wie solche auch dem vorderen Abschnitte des Septum anhaften. Die Schleimhaut des letzteren zeigt rechts eine rundliche, etwa fünfzigpfennigstückgrosse, bei leisester Sondenberührung leicht blutende, links eine in Höhe der unteren Muschel furchenförmig verlaufende Erosion. Beide unteren Muscheln von etwas atrophischem Aussehen.

Die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Bemerkenswerthes.

Behandlung: Inunctionscur von 4—4·5, später 5 Gr. pro die. Täglicher Gebrauch von 3 Gr. Kal. jodat. Oertlich: Borwasser-Tampons und Jodol- und Jodoform-Insufflationen.

Am 14. Januar 1888, nach circa dreissig Inunctionen und Gebrauch von 97 Gr. Jodkali ist Ueberhäutung der geschwürigen Partien erzielt, die Geruchsempfindung wieder hergestellt, die Absonderung aus der Nase von rein schleimiger Beschaffenheit.

Es werden noch zehn weitere Inunctionen gemacht und Jodkali in geringeren Dosen bis Anfang März weitergebraucht.

Fall 12.

„Schanker" 1880; keine Allgemeincur. Beginn des Nasenleidens 1888. Perforatio septi; Ulcerationen in der linken Nasenhälfte am Septum, Boden der Nasenhöhle und mittlerer und unterer Muschel.

Herr X., einunddreissig Jahre alt, Rechtsanwalt und Notar, acquirirte im Winter 1880 einen „Schanker", der am Rande der Vorhaut sass, und den er auf Rath eines Laien mit einem gelben, scharf riechenden Pulver (Jodoform) bestreute.

Als das Geschwür aber auch nach etwa acht Wochen nicht geheilt war, wandte er sich an einen Arzt, der ihm die locale Application einer grauschwarzen Salbe verordnete (Ungt. cinereum?), die das Geschwür in wenigen Tagen zur Heilung brachte. Anderer Krankheits-Erscheinungen, ausser einer leichten Schwellung der Inguinaldrüsen, weiss er sich nicht zu entsinnen.

Etwa ein Jahr später zeigten sich zwei „Quäschen“ unterhalb der Stelle des früheren Geschwürs am Penis, die spontan aufgingen und heilten.

Eine Allgemeincur will Patient nie durchgemacht haben. Er ist seit drei Jahren verheiratet; seine Frau und die zwei aus der Ehe hervorgegangenen Knaben sind gesund. Ende August vorigen Jahres nun (1888) stellte sich bei ihm Thränenträufeln auf dem linken Auge ein, das unter der Behandlung eines Augenarztes sich zwar besserte, aber nicht ganz verschwand. Im October desselben Jahres nun gesellten sich Verstopfung des linken Ohres und der linken Nasenhälfte hinzu, welche Beschwerden etwa zwei Monate hindurch währten und nur gelegentlich durch Ausspülungen des Ohres mit Carbolwasser und Einathmen von Salmiak durch die Nase bekämpft wurden.

Das Gehör wurde dann ganz spontan besser, während sich — etwa Ende December 1888 — auf der linken äusseren Nasenwand eine starke vom innern Augenwinkel bis fast zum Nasenflügel sich erstreckende, von gerötheter Haut bedeckte, auf Druck etwas schmerzhafte Geschwulst bildete.

Die Verstopfung des Naseninnern blieb dieselbe. Einige Wochen später begann Patient gelbe, eitrige, sehr übelriechende Massen auszuschnauben, so dass er täglich drei bis vier Taschentücher verbrauchte. Am 23. März 1889 schnob Patient ein zweischenkeliges, im stumpfen Winkel gebogenes Knochenstückchen aus, dessen Grösse er nicht angeben kann, und das auch von einem eitrigen Pfropf umhüllt war; dadurch sah er sich veranlasst, sich Herrn Dr. Michelson vorzustellen.

Status vom 27. März 1889: Etwas blass aussehender, sonst gut genährter Mann. Linke Seite der äusseren Nase etwas geröthet und geschwollen. Foetor ex naribus. Stärkere Gerüche (Jodoform) werden zur Zeit percipirt.

Bei der rhinoskopischen Besichtigung der linken Nasenhälfte zeigt sich, dicht hinter dem Vestibulum beginnend, an der Scheidewand eine umfangreiche Ulceration, deren Grund stellenweise mit fest anhaftenden Borken bedeckt ist. Diese Ulceration greift auf den Boden der Nasenhöhle über, auf welchem eine starke Granulationswucherung die vordere Hälfte desselben ausfüllt und den Einblick nach hinten verlegt. Nach oben und rückwärts ist die Fortsetzung des Geschwürsprocesses auch auf die seitliche Nasenhöhlenwand zu verfolgen. Durch die erwähnte Granulationswucherung ist der Ueberblick über die hinteren Abschnitte der Scheidewand, wie schon erwähnt, erschwert, doch stösst die Sonde im Bereich derselben auf blossliegenden Knochen. Die mittlere Muschel ist wenigstens in ihrem vordersten zu besichtigenden Theile intact. Von der unteren Muschel kann wegen der fungösen Wucherung am Boden der Nasenhöhle nichts zu Gesicht gebracht werden. In der rechten Nasenhälfte nichts Abnormes. Zeitweiliges Thränenträufeln auf dem linken Auge besteht noch fort. Hörweite zur Zeit beiderseits normal. An Mundrachenhöhle und Kehlkopf keinerlei pathologische Veränderungen.

Die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Bemerkenswerthes.

Ordo: Inunctionscur à 3—5 Gr. pro die bei täglichen Bädern. Daneben Kali jodati 2·0 Gr. pro die. Local: Jodoform-Insufflationen nach Abweichen der Borken.

Schon innerhalb der ersten zehn Tage der Cur machte sich eine auffällige Verringerung der Schwellung und Röthung der linken Nasenhälfte bemerkbar. Die Ulcerationen im Naseninnern flächer und reiner; es lässt sich constatiren, dass der Process sich ausser auf die Nasenscheidewand, die angrenzenden Partien der seitlichen Nasenfläche und auf den Boden der linken Nasenhälfte, auch auf die untere und mittlere Muschel erstreckt. Am 11. Mai 1889, nach Gebrauch von 38 Inunctionen und 20 Gr. Jodkali (letzteres Medicament musste, weil schlecht vertragen, bald ausgesetzt werden) hat die äussere Nase wieder ganz die alte Form angenommen. Die vordere Partie des Septum cartilagineum zeigt sich atrophisch; in derselben eine etwa $2^1/_2$ Mm. im Durchmesser haltende Perforation. Nach Abweichen der Borken, die noch dem vorderen Septum-Abschnitt, sowie dem, dem hinteren Theile der unteren Muschel gegenüberliegenden Abschnitte anhaften, sind deutliche Gewebsdefecte nicht mehr erkennbar.

Patient verlässt Königsberg auf seinen dringenden Wunsch, mit der Weisung, täglich mehrmals mit Borwasser getränkte Tampons in die linke Nasenhälfte einzulegen.

Controluntersuchung am 20. Juli 1889 ergiebt, dass Neigung zur Borkenbildung nicht mehr vorhanden ist. Die Schleimhaut an den früher ulcerirten Stellen glanzlos, trocken, atrophisch; Thränenträufeln auf dem linken Auge, sonst weder subjective noch objective Krankheitserscheinungen.

Fall 13.

Ausser dem Abgang von Knochensplittern aus dem rechten Unterschenkel nichts für Syphilis Verdächtiges zu eruiren. Intumescenz der Muscheln. Ulcus pharyngis. Sonst keine Erscheinungen.

Frau B., neunundvierzig Jahre alt, eine kräftige, plethorisch aussehende Gutsbesitzersfrau. Sie ist in kinderloser Ehe verheiratet; Aborte durchgemacht zu haben, stellt sie in Abrede. Vor Jahren Abgang von Knochensplittern aus dem rechten Unterschenkel. Die betreffenden Wunden sollen ohne ärztliche Behandlung unter Anwendung von Hausmitteln geheilt sein. Ueber eine vorausgegangene Infection, respective früher durchgemachte specifische Curen ist nichts zu eruiren. Seit vier Wochen klagt sie über Halsschmerzen, Unfähigkeit durch die Nase zu athmen, und zeitweilige Empfindung von Belegtsein in den Ohren.

Patientin stellt sich am 17. Juli 1886 Herrn Dr. Michelson vor. — Rhinoscopia ant.: Mittlere rechte Muschel und beide unteren Muscheln, besonders am hinteren Ende etwas geschwollen; die bedeckende Schleimhaut

blass; der Durchblick in den Nasenrachenraum unmöglich. Am Palatum molle nichts Auffälliges. Nach Abziehen desselben mit dem Gaumenhaken kommt an der rechten Seite des Pharynx ein etwa pfennigstückgrosses, rundes, mit eitrigem Belag bedecktes Geschwür zu Gesichte. Wie durch Rhinoscopia posterior nachgewiesen wird, ist die Umgebung desselben und besonders auch der rechte Tubenwulst entzündlich geschwollen. Otoskopisch: Starke Einziehung beider, vorzugsweise aber des rechten Trommelfells. An der rechten Tibia eine Anzahl hellweisser, strahliger Narben; dieselben adhäriren der sich rauh und uneben anfühlenden knöchernen Unterlage.

Unter Jodkali-Gebrauch und Einpinselung mit Sublimatlösung reinigte sich der Grund des Rachengeschwürs.

Doch entzieht sich Patientin vor Abschluss der Behandlung der weiteren Beobachtung.

Fall 14.

„Schanker“ 1865. Schmierkur. Verstopfung der Nase 1879. — Polypoide Wucherungen in den beiden mittleren Nasengängen und ulcerirte Intumescenzen an der Pars nasalis pharyngis.

Herr W., Bahnvorsteher aus Ostpreussen, sechsundfünfzig Jahre alt, acquirirte während seiner Militärzeit (1865), im Alter von sechsundzwanzig Jahren einen „Schanker“, der mit Quecksilber behandelt wurde. Im Anschluss hieran fast totaler Verlust der Haare, die indess nach einigen Monaten wieder wuchsen. Sonstiger Erscheinungen weiss sich Patient nicht zu erinnern.

Er ist seit 1868 verheiratet (also fünf Jahre nach der Infection), das erste Ergebniss der Ehe war ein Abort im fünften Monat, 1870 dann ein todtgeborenes, fast ausgetragenes Kind; später noch ein Abort, schliesslich mehrere anscheinend gesund geborene Kinder, von denen einige noch am Leben sind, während zwei starben; das eine im Alter von zehn Monaten an Durchfall, das zweite, vierzehn Tage alt, an Entkräftung.

Vor zwei Jahren „Verhärtungen“ der beiden Backen, die den ganzen Winter hindurch bestanden und mit Hinterlassung der noch vorhandenen entstellenden, tiefen Narben heilten. Die Verstopfung der Nase, derentwegen Patient am 16. Januar 1889 den Rath des Herrn Dr. Michelson in Anspruch nahm, soll seit 1879 bestehen, angeblich als Folge einer damals durchgemachten Erkältung. Vielfach starkes Nasenbluten, bald aus einer, bald aus der anderen Nasenhälfte. Diese Neigung zu Epistaxis verschwand seit einem Jahre fast vollkommen, dagegen wurde seit August vorigen Jahres eine sehr erhebliche Zunahme der Nasenverstopfung bemerkt, gleichzeitig auch eine Abnahme des Hörvermögens. Objectiv: Nasenhöhlen beiderseits weit; in beiden mittleren Nasengängen polypöse Schleimhautverdickungen mässigen Umfangs. Durch vordere Rhinoskopie wird das Vorhandensein ulcerirter Intumescenzen an der Pars nasalis pharyngis festgestellt. Die Consistenz dieser Schwellungen ist, wie nach Massgabe der Sondenunter-

suchung beurtheilt wird, ziemlich beträchtlich. Durch die erwähnten Intumescenzen, sowie in Folge einer gewissen Rigidität des Velum palatinum ist sowohl die Untersuchung mittelst hinterer Rhinoskopie, als auch die directe Abtastung des Cavum pharyngo-nasale mit dem Finger unausführbar. Dagegen erkennt man beim Andrücken des Velum gegen die hintere Rachenwand, dass das Cavum pharyngo-nasale theilweise mit harten Massen angefüllt ist. Dass diese jedoch noch einen Binnenraum von einer gewissen Weite freilassen, wird durch die Möglichkeit einer Durchspülung jeder Rachenhälfte von der ihr entgegengesetzten Seite her erwiesen. An der Schleimhaut der Mundrachenhöhle, abgesehen von mässiger fleckweiser Röthung, nichts Bemerkenswerthes. Ticken der Taschenuhr wird rechts weder durch Luft-, noch durch Knochenleitung gehört; links auf circa 7 Ctm. Entfernung. Otoskopischer Befund negativ.

Herr Dr. Michelson glaubte auf Grund des eben mitgetheilten Befundes die Diagnose zwischen gummösen Gewächsen im Cavum pharyngonasale und Vorhandensein maligner Tumoren daselbst offen lassen zu müssen, und verordnete vorläufig versuchsweise Kali jodatum (6 : 200, dreimal täglich einen Esslöffel).

Am 2. Februar 1889, nach Gebrauch von drei Flaschen dieser Arznei, stellte sich Patient von Neuem vor. Er gab an, sich ausserordentlich erleichtert zu fühlen, da er besser Luft durch die Nase bekomme wie früher und keine Kopfschmerzen mehr habe. Bei der rhinoskopischen Untersuchung ist eine polypoide Schwellung im Bereich der mittleren Nasengänge nicht mehr nachweisbar, und auch die hintere Wand des Cavum pharyngo-nasale weniger stark intumescirt als früher.

Gehör unverändert.

Ordo: 2 Gr. Kali jodat. pro die.

Patient wird angewiesen, sich nach vierzehn Tagen wieder vorzustellen, hat sich jedoch nicht wieder sehen lassen.

Einige Monate später theilt er brieflich mit, dass er Jodkali weiter gebraucht habe und seine Beschwerden völlig gehoben seien.

Fall 15.

Primärinfection 1883. Jodkalicur. Beschwerden von Seiten des Halses und der Nase Ende 1888. Ulcerationsprocess am oberen Theile des Septum osseum, dem Fornix pharyngis und der pharyngealen Fläche des Velum. Sonst keine luetischen Erscheinungen.

Friedrich G., dreiundvierzig Jahre alt, Schaffner, ist in siebzehnjähriger Ehe verheiratet. Seine Frau und sein einziges Kind sind gesund. Vor etwa sechs Jahren acquirirte er einen harten Schanker an der Eichel, der mit Carbol und innerlich mit Pulvern (dreimal täglich ein Pulver) be-

handelt wurde und nach etwa vier Wochen heilte. Eine rechtsseitige Schwellung der Inguinaldrüsen soll schon vorher (?) bestanden haben und nach achttägiger Einreibung mit grauer Salbe verschwunden sein. Anderer auf Syphilis hinweisender Krankheitserscheinungen weiss er sich nicht zu entsinnen. Sein jetziges Leiden begann in den letzten Monaten des vorigen Jahres (1888) mit Schmerzen im Halse, die zeitweise verschwanden, sich aber immer wieder erneuerten, weshalb er sich am 23. Februar 1889 in Dr. Michelson's Ambulatorium vorstellte. In den letzten Tagen heftige Kopfschmerzen in beiden Schläfen, besonders Abends. Auch hat sich neuerdings eine Verschlechterung des Gehörs, verbunden mit Ohrensausen und Benommenheit des ganzen Kopfes eingestellt. Er ist in jüngster Zeit sehr abgemagert.

Herr Dr. Michelson nimmt am 28. Februar 1889 folgenden Status auf: Patient ist ein mässig kräftig gebauter, etwas blass aussehender Mann. Seine derzeitigen Beschwerden beziehen sich auf Halsschmerzen, besonders beim Schlucken, auf paroxysmenweise auftretende reissende Schmerzen „in den Gesichtsknochen", auf Trockenheit des Halses, besonders in den Nacht- und Morgenstunden, und auf ein Druckgefühl im Naseninneren. — Die Form der äusseren Nase unverändert; an der Nase selbst, ebensowenig wie an den Gesichtsknochen Empfindlichkeit auf Druck. Riechvermögen und Geschmack erhalten; Sprache nicht näselnd. Die Untersuchung des Naseninnern mittelst vorderer Rhinoskopie lässt Abnormitäten nicht erkennen. Auch die Besichtigung der Mundhöhle ergiebt nichts Bemerkenswerthes.

Ausdrücklich ist hervorzuheben, dass weder an der Pars oralis mucosae veli, noch an der Pars oralis mucosae pharyngis Entzündungserscheinungen, Ulcerationen oder Narben nachweisbar sind.

Bei der Untersuchung des Cavum pharyngo-nasale mittelst hinterer Rhinoskopie wird folgender Befund erhoben: Der freie Rand des Septum osseum erscheint, besonders in seinen oberen Abschnitten, erheblich verbreitert, durchweg von verdickter und ulcerirter Schleimhaut bedeckt. Der Ulcerationsprocess erstreckt sich von der Mucosa septi aus aufwärts bis in die Gegend des Fornix pharyngis, auf die Schleimhautbedeckungen der oberen Umrandung beider Choanen, von hier sich nach vorwärts auf das Integument der Wurzeln beider mittleren Muscheln fortsetzend, ebenso auch auf den hintersten Abschnitt der beiderseitigen Bedeckungen des Septum osseum. An der pharyngealen Fläche des mittleren Abschnittes des Velum, soweit sich dieselbe nach hinten verfolgen lässt, findet sich eine unregelmässig begrenzte flache, eiterbedeckte und von entzündlich gerötheter Umgebung umrahmte Erosion. Auch das Orificium tubae sinistri ist oberflächlich ulcerirt; der rechte Tubenwulst lässt sich wegen Vorwölbung des rechten Theils des Velum auch nach ausgiebiger Cocaïnisirung nicht

zu Gesichte bringen. Hörweite für Taschenuhr beiderseits etwa 6 Ctm. Otoskopisch: Auf beiden Seiten, besonders links, starke Einziehung des Trommelfells. Das rechte Trommelfell sieht etwas glanzlos, verdickt aus.

Die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Wesentliches.

Ordo: Inunctionscur à 3 Gr. pro die. Innerlich: Kali jodati 6 : 200, dreimal täglich einen Esslöffel. Local: Jodoform-Insufflationen.

5. März 1889. Befund der hinteren Rhinoskopie: Infiltrationen geringer, Ulcerationen reiner aussehend. Aus der ulcerirten Fläche am untersten Theile des Septum osseum ragt ein dünner, dunkel gefärbter Knochensplitter hervor. In der That findet man, nachdem dies festgestellt ist, auch bei Durchführung der Sonde von vorne, dass am hintersten Theile der Scheidewand freiliegender Knochen vorhanden ist. Am 6. März 1889 wird unter Spiegelleitung mit einer entsprechend gebogenen Kornzange ein etwa 6 Mm. langer, 2 bis 2·5 Mm. breiter, poröser, unregelmässig gezackter Sequester extrahirt.

Die subjectiven Erscheinungen gehen schnell zurück und am 12. März 1889 — nach 18 Gr. Jodkali und 10 Inunctionen — sind Kopfschmerzen und Ohrensausen völlig verschwunden; die Infiltrations- und Ulcerationserscheinungen in weiterer Besserung begriffen. Völlige Wiederherstellung unter Fortsetzung der Cur bis Mitte April.

II.

Syphilis der Nase, respective des Nasenrachenraumes und der Mundrachenhöhle.

Fall 16: Herr L. — Siehe: Michelson, l. c. p. 3 ff.
Fall 17: Frau A. — Siehe: Michelson, l. c. p. 15.

Fall 18.

Syphilitische Infection 1882. Beginn des Nasenleidens Mitte 1884. Perforation des Pallatum molle; Ulcerationen am Velum. — Excoriation am Septum cartilagineum.

Albert L., siebenundzwanzig Jahre alt, Schmied, acquirirte vor zwei Jahren einen harten Schanker an der Vorhaut und wurde mit sieben Inunctionen behandelt. Ohne weiterhin besondere Krankheitserscheinungen an sich bemerkt zu haben, wurde Patient seitdem blasser und magerer. Seit vier Wochen stellte sich Undurchgängigkeit der rechten Nasenhälfte und gewisse, sogleich näher zu beschreibende Veränderungen der äusseren Nase ein, die ihn veranlassten, ärztlichen Rath zu suchen. Ueber Halsschmerzen hat Patient derzeit nicht zu klagen, erinnert sich aber, solche ganz vorübergehend im Frühjahr gehabt zu haben.

Herr Dr. Michelson nahm am 16. Juli 1884 folgenden Status auf: Die ganze äussere Nase geschwollen, besonders aber die Nasenspitze

und der rechte Flügel geröthet und stark infiltrirt; ersterer haftet auf einer rundlichen, etwa erbsengrossen Stelle ein Schorf an, unter dem die Haut oberflächlich excoriirt ist; der rechte Nasenflügel fühlt sich rigid und etwas höckerig an. Rhinoscopia ant. ergiebt links nichts Bemerkenswerthes; rechts ist das Vestibulum nasi mit Schorf erfüllt, und durch Schwellung jeder weiteren Untersuchung unzugänglich.

In der Mitte des Palatum molle eine längsovale, circa 1·5 Ctm. lange, 0·5 Ctm. breite Perforation; an der linken Seite des Velum eine flache Ulceration; die Uvula fehlt.

Die Untersuchung des übrigen Körpers zeigt ausser einer mässigen indolenten Schwellung der Inguinal- und oberflächlichen Cervicaldrüsen beiderseits nichts Bemerkenswerthes.

Ordo: Inunctionscur; Jodkali.

Während der von dem Patienten übrigens unregelmässig durchgeführten Cur findet zwar ein allmäliger Rückgang der entzündlichen Infiltration der Nasenspitze und des rechten Nasenflügels statt; die Ulceration an ersterer nimmt aber an Tiefe zu und dehnt sich auch auf den rechten Nasenflügel aus. Erst am 24. September 1884 ist sie (nach fünfunddreissig Inunctionen) vernarbt, und erscheint jetzt der freie Rand des rechten Nasenflügels nach aufwärts retrahirt. Rhinoskopischer Befund von diesem Tage: Untere rechte Muschel von etwas höckerigem Aussehen; am Septum cartilagineum eine schorfbedeckte Excoriation. — Die Perforation am Velum erheblich verkleinert, die Ulcerationen desselben überhäutet.

Am 13. October 1884 neues Ulcus an der Innenfläche des rechten Nasenflügels mit Recrudescenz der entzündlichen Schwellung an den unteren Abschnitten der äusseren Nase.

Trotz der sofort wieder begonnenen, mit einer Schwitzcur verbundenen mercuriellen Frictionen und localer Behandlung mit Jodoform nimmt dieses Geschwür dauernd an Umfang zu.

Am 27. November 1884 entzieht sich Patient der weiteren Beobachtung.

Fall 19.

Anamnestisch keine Infection, keine antiluetischen Curen zu eruiren — Ulcera am Septum cartilagineum, am Palatum und der Pharynxschleimhaut.

Ferdinand M., zweiundfünfzig Jahre alt, Schlosser, ist seit ungefähr dreiundzwanzig Jahren verheiratet und hat zwei gesunde Kinder. Aus seiner Anamnese ist ausser einer Inguinaldrüsenschwellung bis auf sein jetziges Leiden nichts Bemerkenswerthes zu erwähnen. Dieses stellte sich im December 1887 mit Undurchgängigkeit der Nase, besonders der rechten Seite, Abschwächung des Riechvermögens, näselnder Sprache und nächtlichem Schnarchen ein; dazu Spicken im rechten Ohre. Die erwähnten Beschwerden veranlassten Patienten am 15. Juli 1888 im Ambulatorium Rath zu suchen.

Objectiv findet man in der rechten Nasenhälfte in sagittaler Richtung am Septum cartilagineum nahe dem Boden der Nasenhöhle verlaufend ein bis auf den Knorpel reichendes, etwa 25 Mm. langes und 4 Mm. breites Ulcus, mit eitrigem Belag bedeckt. Der oberhalb desselben liegende Abschnitt des Septum cartilagineum ist deutlich intumescirt, desgleichen der entsprechende Theil der linken Seite des Septum cartilagineum. In Folge dessen ist ein Ueberblick auf keiner von beiden Seiten über die mittlere Muschel zu gewinnen.

Bei Besichtigung der Mundhöhle findet man fleckweise Verfärbung der Schleimhaut des Gaumens und der Uvula, die sich bei genauer Betrachtung mit feinen weissen Narbenzügen durchsetzt zeigen. Links von der Medianlinie, in Höhe des Gaumengewölbes, ein etwa 3 Mm. langes, 1·5 Mm. breites Ulcus von unregelmässiger Umrandung, bei dessen Sondirung man auf rauhen Knochen stösst. Am seitlichen Abschnitt der Schleimhaut des harten Gaumens, oberhalb der Alveolen der linken vordersten Backenzähne sind zwei oberflächliche, kleine, gleichfalls unregelmässig begrenzte Erosionen zu sehen. An der Pharynxschleimhaut, am unteren Abschnitt des Isthmus faucium, links nahe der Wurzel des Gaumenbogens, eine Ulceration von unregelmässiger Form, in längster Ausdehnung 5 Mm. messend; der grössere Theil der Schleimhaut der pars oralis pharyngis ist geröthet und verdickt.

Die hintere Rhinoskopie, bei der vorläufig nur Rachendach und oberer Abschnitt des Choanendaches der Besichtigung zugängig ist, ergiebt nichts Besonderes.

Das Hörvermögen ist auf beiden Seiten bedeutend verringert, rechts weder Luft- noch Knochenleitung, links nur Knochenleitung. Otoskopisch findet man starke Röthung und Verdickung des Trommelfells auf der rechten Seite, links Einziehung und ältere Trübungen. Bemerkenswerth ist, dass Patient über keinerlei Beschwerden von Seiten der Mund- und Rachenhöhle klagt; ebensowenig über Kopf- oder neuralgische Schmerzen.

Therapie: Jodkali, Anfangs 2·0, dann 3·0 Gr. Jodoform-Insufflation.

26. Juli. Beginnende Besserung sämmtlicher Mundhöhlenerscheinungen.

3. August. Ulcus ad septum jetzt fast geheilt, mit Hinterlassung einer tiefen Rinne, die Mucosa septi oberhalb derselben noch verdickt, auf Berührung leicht blutend. Durchgängigkeit der Nase ist befriedigend, eitrige Secretion nicht mehr vorhanden; ulcera ad palatum gleichfalls in der Heilung. Trommelfell blasst ab, Ohrenschmerzen geringer. Ord. idem.

12. August. Nach 70·0 Gr. Kali jodati sind alle Ulcerationen geheilt. Die Röthung und Verdickung des rechten Trommelfells geringer, doch wird noch über Ohrenschmerzen geklagt; rechts weder Luft- noch Knochenleitung, links nur Knochenleitung.

Fall 20.

Anamnestisch nichts auf Syphilis Hinweisendes zu eruiren. — Ulcerationen am Septum, an der hinteren Pharynxwand und im Cavum pharyngo-nasale. — Gleichzeitig ekthymatöse Efflorescenzen an verschiedenen Hautstellen.

Th., ein dreiundvierzigjähriger Factor, ist nach seiner Angabe vor seiner jetzigen Erkrankung immer gesund und kräftig, in specie nie mit einer venerischen Krankheit behaftet gewesen. Er ist verheiratet und seine Ehefrau, sowie seine drei im Alter von sechs, dreieinhalb und eineindrittel Jahren stehenden Kinder sind gesund. Vor sechs Wochen (Ende October 1884) erkrankte er mit starkem Schnupfen, überaus heftigen, hauptsächlich Nachts auftretenden Kopf-, sowie mit Hals- und Ohrenschmerzen. Er kam dabei so herunter, dass er seit vier Wochen genöthigt ist, das Bett zu hüten; Gurgeln mit Kali chloricum, sowie die Anwendung der Nasendouche besserten den Zustand nicht, vielmehr steigerten sich die schon früher vorhandenen Schluckbeschwerden derart, dass Th. ausser Stande war, feste Speise zu geniessen, und selbst die Aufnahme flüssiger Nahrung nur unter Schmerzen vor sich ging. Herr Dr. Michelson sah den Patienten auf Veranlassung des Herrn Dr. Gentzen am 30. November 1884 zum ersten Mal. Der mittelst Droschke zur Sprechstunde gekommene und von seiner Frau ins Zimmer geleitete Mann ist blass und abgemagert, und macht nach Gangart und Gesichtsausdruck durchaus den Eindruck eines Schwerkranken. Im Gesicht, an der Stirn- und der behaarten Kopfhaut vereinzelte, etwa linsengrosse, ekthymatöse Efflorescenzen; eine grössere Zahl von solchen findet sich auf einem etwa handgrossen Bezirk der Regio femoralis ant. dextra beisammen. Die äussere Nase etwas geschwollen. In der rechten Nasenhälfte eine in gleicher Richtung mit der unteren Muschel verlaufende, mit schwammigen Granulationen bedeckte Ulceration der Mucosa septi; Velum und Uvula entzündlich geröthet. An der hinteren Pharynxwand kommen nach starkem Herabdrücken der Zungenwurzel mit dem Mundspatel mehrere kreisrunde, etwa zwanzigfrankstückgrosse Geschwürsflächen zu Gesichte; eine noch umfangreichere, etwa fünfzigpfennigstückgrosse und vor Allem tiefere Ulceration wird durch Rhinoscopia post. an der hinteren Wand des Cavum pharyngo-nasale nachgewiesen.

Die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Bemerkenswerthes.

Ordo: Inunctionscur à 4 Gr. pro die., daneben innerlich Jodkali.

Acht Tage nach Beginn der Behandlung erhebliche Besserung sämmtlicher Krankheitserscheinungen; die Ekthymaschorfe trocken, ihre Basis nicht mehr infiltrirt. Der Grund der Pharynxgeschwüre hat sich gefüllt. Statt der Granulationswucherung sitzt an der betreffenden Stelle des Septum ein Schorf. — Keinerlei Schmerzen und vor Allem keine Schluckbeschwerden mehr. Der Kräftezustand des Patienten wesentlich gehoben.

Nach zwanzig Inunctionen und Gebrauch von 42 Gr. Jodkali ist das Exanthem ohne Hinterlassung von Narben abgeheilt; die Stellen, an denen früher die kleineren Pharynxgeschwüre gesessen hatten, markiren sich kaum noch. Die ulcerirten Partien des Cavum pharyngo-nasale sowie der Mucosa septi mit dünnem Schorf bedeckt.

Am 20. März 1885, nach fünfzig Inunctionen und Gebrauch von 72 Gr. Jodkali hat eine völlig solide Ueberhäutung auch dieser letzten Geschwürsflächen stattgefunden.

4. December 1887, Controluntersuchung. Allgemeinbefinden vortrefflich. Pharynxschleimhaut blass, atrophisch; Velum etwas verkürzt, dünner als unter normalen Verhältnissen. Untere rechte Muschel atrophisch, markirt sich nur als leistenförmiger Vorsprung. Mittlere Muschel gleichfalls atrophisch, von straff anliegender dünner Schleimhaut bedeckt.

Fall 21.

Syphilitische Infection 1867. Keine antisyphilitischen Curen. Auftreten des Nasen- und Halsleidens 1881. Ulcerationen an der hinteren Wand des Nasenrachenraumes, am Velum und an der Uvula. — Heilung mit Verkürzung und Atrophie des Velum.

Frau K., Kürschnersfrau, vierzig Jahre alt, ist bis zu ihrer, in ihrem neunzehnten Lebensjahre erfolgten Verheiratung stets gesund gewesen. Die ersten beiden Kinder, welche sie in der Ehe gebar, kamen gesund zur Welt, starben aber früh. 1867 wurde die damals wiederum gravide Frau von ihrem Ehemann inficirt. Unter Anwendung der ärztlicherseits verordneten, lediglich localen Mittel heilten die an den Genitalien vorhandenen wunden Stellen; irgend eine specifische Cur durchgemacht zu haben, stellt Patientin bestimmt in Abrede.

Das einige Monate nach der Erkrankung zur Welt gekommene Kind war syphilitisch und starb im Alter von einem halben Jahre. Die acht übrigen Kinder, die Patientin noch zur Welt brachte und die sie sämmtlich selbst nährte, blieben am Leben.

Im Sommer 1881 Verstopfung der Nase und vollkommener Verlust des allerdings von jeher schwachen Riechvermögens; im September Schluckbeschwerden, bestehend in lebhaften Schmerzen beim Geniessen fester und im Regurgitiren flüssiger Nahrung durch die Nase. Letzteres verschwand nach einiger Zeit wieder durch die zunehmende Schwellung im Halse. Die der Patientin verordneten hydropathischen Umschläge um den Hals, sowie Gurgeln mit Kali chloricum blieben ohne Erfolg und trat dieselbe am 6. December 1881 auf Veranlassung des Herrn Dr. Wedel in die Behandlung des Herrn Dr. Michelson. Dieser nahm an genanntem Tage folgenden Status auf:

Patientin ist eine kräftig gebaute Frau; Sprache näselnd. Ihr Appetit ist geringer wie früher, Schlaf gelegentlich durch Trockenheit im Halse gestört. Ihre Klagen beziehen sich auf Halsschmerzen, besonders beim Schlucken, Verstopfung der Nase, Beeinträchtigung des Gehörs. Objectiv zeigt sich die Schleimhaut des weichen Gaumens und der Uvula verdickt und durch eine etwas ins Livide fallende Röthung deutlich verfärbt. Beim Phoniren sieht man eine abnorm geringe Ausgiebigkeit der Bewegungen des Velum; auch seine Reflexerregbarkeit ist herabgesetzt. Nach Abziehen des Velum wird der untere Abschnitt eines, der hinteren Wand des Nasenrachenraumes aufsitzenden, mehrere Millimeter tiefen Geschwürs bemerkbar. Der Grund desselben ist grösstentheils mit speckigem Belag bedeckt, aus dem nur vereinzelte, leicht blutende Granulationen hervorragen.

Durch Spiegeluntersuchung wird festgestellt, dass dieses Ulcus nach oben hin noch auf einen Theil des Fornix und seitlich auf den linken Tubenwulst übergreift; letzterer erscheint zugleich wallartig infiltrirt. Ein Freiliegen der knöchernen, respective knorpeligen Unterlage ist in dem Bereich dieses umfangreichen Geschwürs nirgends zu ermitteln. Ferner zeigt die Spiegeluntersuchung die pharyngeale Fläche des weichen Gaumens und der Uvula gleichfalls ulcerirt.

Die Schleimhaut der Nasenhöhlen, soweit sie der rhinoskopischen Besichtigung zugänglich ist, bietet keine ähnlichen Veränderungen dar, sie ist eher blass und schlaff, selbst an den luftkissenartig geschwollenen unteren Muscheln. Der Geruch von stark duftenden Substanzen, wie Jodoform, wird nicht percipirt.

Die Prüfung des Gehörs ergiebt, dass Knochenleitung vorhanden ist. Beide Trommelfelle, besonders aber das linke, stark retrahirt.

An Haut und Lymphdrüsen, wie am übrigen Körper nichts Abnormes.

Unter Gebrauch einer Cur von im Ganzen 50 Inunctionen à 3 Gr. und gleichzeitiger Anwendung von Jodkali fand bis zum 23. März 1882 eine allmälige Besserung sämmtlicher Krankheitserscheinungen statt.

Controluntersuchung am 3. November 1887: Das subjective Befinden der Patientin lässt nichts zu wünschen übrig. Ihre Sprache wohltönend, ohne jeden nasalen Beiklang; keinerlei Schluckbeschwerden. Das Velum palatinum etwas verkürzt, blass und atrophisch aussehend.

Die Mucosa der hinteren Wand des Cavum naso-pharyngeum in ihrem blassen trockenen Aussehen von unverkennbar narbiger Structur; ihr oberer Abschnitt adhärirt linkerseits der pharyngealen Fläche des Velum mittelst eines lockeren, schleimhautähnlichen Gewebes, das wie eine vorgeschobene Coulisse das unterste Segment der linken Choane und das Ostium pharyng. tubae sinistr. deckt. Hörweite für das Ticken der Taschenuhr links 35, rechts circa 50 Ctm. Das linke Trommelfell sehr stark eingezogen.

Fall 22.[1]

„Schanker" im Jahre 1874; keine antiluetischen Curen. Beginn des Nasenleidens 1884; Beschwerden von Seiten des Halses 1886. Ulceration am Septum; Perforation und Geschwüre am Velum, der Uvula und den Gaumenbögen. Himbeerartig verdickte Epiglottis.

Herr H., Kaufmann, einunddreissig Jahre alt, acquirirte im Jahre 1874 einen „Schanker" am Bändchen; ein Jahr darauf „ein Quäschen" an der Eichel. Seitdem wiederholt leichtes Wundsein an Vorhaut und Eichel, das nach Carbolwasser-Umschlägen bald zu verschwinden pflegte. 1876 operative Behandlung einer Mastdarmfistel in der chirurgischen Universitätsklinik. Von sonstigen syphilisverdächtigen Krankheits-Erscheinungen weiss Patient nichts zu berichten; eine antiluetische Allgemeincur hat er nie durchgemacht. 1884 Verheiratung; die aus der Ehe hervorgegangenen drei Kinder starben jung. Ein Bruder des Patienten starb im fünfundzwanzigsten Lebensjahre an der Schwindsucht.

Die ersten Anzeichen einer Erkrankung der Nase datiren bis zum Jahre 1884 zurück, und bestanden damals in Anschwellung der äusseren Nase, sowie Schorfbildung im Innern derselben.

1885 eine von der Nasengegend ausgehende Gesichtsrose, die sich im nächsten Jahre mehrmals wiederholte, und nach der eine partielle Undurchgängigkeit der Nase, sowie eine starke eitrige, borkenuntermischte, oft blutiggefärbte Secretion bestehen blieb. Eine Abnahme des Riechvermögens wurde nicht bemerkt.

Im September 1886 Heiserkeit und seit den letzten Monaten Schlingbeschwerden und gelegentliches Hineingelangen von Speisepartikeln in die Nasenhöhle.

Nachdem neuerdings noch Athemnoth bei stärkerer Körperbewegung hinzugetreten war, consultirte Patient Herrn Prof. Jaffe, der ihn an Herrn Dr. Michelson überwies. Dieser nahm am 20. Januar 1888 folgenden Status auf:

Patient ist ein kräftig gebauter, gut genährter Mann. Die äussere Nase im Bereich der Nasenspitze, der linken Seitenwand und des Nasenrückens deutlich geschwollen. Das Vestibulum narium beiderseits excoriirt, mit eitrigen, theilweise zu Borken incrustirten Secreten bedeckt. In der linken Nasenhälfte, am Septum, gegenüber dem vorderen Abschnitte der unteren Muschel eine rundliche, mit Granulationen ausgefüllte, bis auf den Knorpel reichende Ulceration. Die histologische wie bacteriologische Untersuchung der mit dem scharfen Löffel aus dem Grunde dieses Geschwüres ausgehobenen Granulationen, sowie des oben erwähnten Secretes auf Tuberculose ergiebt ein negatives Resultat.

---

[1]) Schon auszugsweise mitgetheilt von Michelson, l. c. p. 20.

Bei der Inspection der Mundhöhle finden sich an der Uvula, an der mittleren Partie des Velum und beiderseits an den Gaumenbögen unregelmässig geformte, mehr weniger tiefgreifende, stellenweise ziemlich steilrandige, mit höckerigen Granulationen angefüllte Geschwüre, in deren Umgebung die Schleimhaut sammtartig geröthet ist. An der rechten Seite des Velum eine circa 2 Mm. im Durchmesser haltende Perforation.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung zeigt sich die Epiglottis stark verdickt und bei Sondenberührung abnorm resistent; ihre intensiv geröthete, von granulationsartigen Erhabenheiten dicht besetzte Oberfläche hat ein himbeerartiges Aussehen, die stark nach hinten übergeneigte, auch beim Phoniren unverändert bleibende Stellung des Kehldeckels verhindert den Einblick in das Kehlkopf-Innere.

Die Untersuchung des übrigen Körpers, in specie auch der Lungen, ergiebt nichts Bemerkenswerthes.

Ordo: Jodkali. Anfänglich 2·0, später 2·5 Gr. pro die.

Am 10. Februar 1888, nach Gebrauch von 40 Gr. Jodkali, hat die Schwellung der äusseren Nase sich erheblich verringert. Die Ulceration am Septum ist überhäutet; nur an der inneren Bedeckung der Nasenflügel noch oberflächliche Excoriationen. Die Ulcerationen in der Mundhöhle zum grössten Theile vernarbt, die Perforation geschlossen. Die Epiglottis, die nicht mehr so stark geröthet und geschwollen, lässt sich jetzt mit der Sonde aufheben und die dadurch ermöglichte laryngoskopische Besichtigung zeigt, dass im Kehlkopf-Innern keine pathologischen Veränderungen mehr vorhanden. Diesem objectiven Befunde entspricht auch das subjective Befinden des Patienten, wodurch er veranlasst wird, sich der weiteren Behandlung zu entziehen. Als er sich im Juni 1888 wieder vorstellt, giebt er an, Jodkali auf eigene Hand weitergebraucht zu haben. Die Ulcerationen der Mundhöhle sind jetzt vollkommen geheilt. Das Ergebniss der rhinoskopischen und laryngoskopischen Besichtigung genau wie am 10. Februar 1888.

Fall 23.

Syphilitische Infection 1880; viertägige Inunctionscur. 1882 Erosionen an der Tonsillarschleimhaut und Perforatio veli, Laryngitis syphilitica, zugleich Psoriasis syphilitica und Polyadenitis; Inunctionscur. 1884 Rhinitis syphilitica. 1888 Ulcus an der hinteren Wand des Cavum nasopharyngeum. Heilung unter internem Gebrauch von Jodpräparaten.

Lina Bl., dreissig Jahre alt, Puella publica.

Sie giebt an, vor sechs oder sieben Jahren einen linksseitigen Bubo gehabt zu haben; vor zwei Jahren acquirirte sie im achten Monat einer Gravidität einen harten Schanker, der nach einer viertägigen Inunctionscur in einer Krankenanstalt geheilt sein soll, worauf dann Patientin von einem gesunden, noch jetzt lebenden Mädchen entbunden wurde. Während des

letzten Jahres (1882) hat sie zwei Aborte durchgemacht. Seit einer Reihe von Wochen haben sich ein Hautausschlag und Halsschmerzen und neuerdings auch Heiserkeit eingestellt.

Am 11. December 1882 nahm Herr Dr. Michelson folgenden Status auf: Patientin ist eine kräftig gebaute, gut genährte Person. An Rumpf und Extremitäten ein psoriasisartiges Syphilid; Polyadenitis; Erosionen an der Tonsillarschleimhaut. An der rechten Seite des Velum, nahe der Uvula eine rundliche Perforation von etwa 5 Mm. Durchmesser.

Laryngoskopisch: Infiltration der Taschenbänder, grauröthliche Verfärbung und stark entzündliche Schwellung der Interarytänoid-Schleimhaut; dieselbe bedingt beim Phoniren ein abnorm starkes Klaffen des hinteren Abschnittes der Rima glottidis.

Unter einer Cur von 35 Inunctionen verschwinden die Krankheits-Erscheinungen der Haut, Tonsillen und Larynxschleimhaut.

Am 22. Mai 1884 stellt Patientin sich von Neuem vor, mit Klagen über hartnäckigen Schnupfen und Trockenheit und Schmerzen im Halse.

Rhinoscopia ant.: Starke Schwellung der vorderen Enden der unteren Muscheln verhindern einen tiefen Einblick in das Naseninnere.

Rhinoscopia post.: Auftreibung am hintern Ende des Septum, etwa in der Höhe der oberen Muscheln; die Schleimhaut im Bereich dieser Intumescenz in beiden Nasenhälften mit Eiter bedeckt, anscheinend ulcerirt.

Nach interner Behandlung (Protojoduret-Pillen) verringert sich die Infiltration der unteren Muscheln. Am 4. Juni 1884 wird eine au niveau mit der rechten unteren Muschel verlaufende, seichte ulceröse Furche an der Nasenscheidewand ermittelt.

Nach Verbrauch von im Ganzen 4 Gr. Protojoduret sind sämmtliche erwähnten pathologischen Veränderungen, ohne Spuren zu hinterlassen, geheilt.

Am 25. Juli 1888 stellt sich Patientin wieder vor. Sie giebt an, im Jahre 1885 eine Gesichtsrose durchgemacht, dann öfters Hautausschläge und Halsschmerzen gehabt zu haben.

Am 10. Februar 1888 ist sie von einem ausgetragenen, in Folge von Nabelschnur-Verschlingung todt zur Welt gekommenen Knaben entbunden, auf dessen Haut Blasen vorhanden gewesen sein sollen.

Seit zwei Monaten hat sich bei ihr eine ziemlich starke, eiterartige, zuweilen blutig gefärbte Absonderung aus der Nase zugleich mit Schmerz beim Schlucken eingestellt.

Objectiver Befund: In der Nasenhöhle ausser mässiger Hyperplasie der unteren Muscheln nichts Bemerkenswerthes.

Velum atrophisch, an der oben bereits beschriebenen Stelle perforirt. Rachenschleimhaut in der Gegend des Isthmus faucium theilweise mit zähem eitrigen Secret bedeckt. Nach Abziehen des Velum zeigt sich

an dem unteren Theile der hinteren Wand des Cavum naso-pharyngeum ein pfennigstückgrosses, rundes, nicht gerade tiefes Ulcus.

Bei Rhinoscopia post. zeigt sich ferner eine Erosion von gleichfalls rundlicher Form an der Schleimhaut des Rachendaches.

7. August 1888. Beide Schleimhautdefecte haben sich nach Gebrauch von 30 Gr. Jodkali überhäutet.

Fall 24.

In der Anamnese keine Anhaltspunkte für Lues; ausser einer geschwollenen Cervicaldrüse keine anderweitigen suspecten Erscheinungen. Sattelnase geringeren Grades. Umfangreicher Defect des Septum cartilagineum; Perforation des harten Gaumens.

Martha S., vierundzwanzig Jahre alt, Puella publica, litt im Jahre 1880 an einem Ausfluss aus der Scheide; brachte 1882 ein Kind zur Welt, das bald nach der Geburt auf dem rechten Auge erblindete, sonst aber gesund gewesen sein soll. Patientin selbst war bis zum Herbste vorigen Jahres gesund, zu welcher Zeit sich Beschwerden von Seiten der Nase einstellten, die in eitriger Secretion und Verstopfung, Beschränkung des Riechvermögens und Fötor, sowie Beeinträchtigung des Geschmacks bestanden. Kopf- oder Gesichtsschmerzen waren nicht vorhanden. Patientin wandte sich deshalb an ein hiesiges poliklinisches Institut, woselbst ihr Ausspülungen der Nase mit Salzwasser und Soda und Pulver-Einblasungen applicirt wurden. Da der Zustand sich unter dieser Behandlung etwas besserte, so unterbrach Patientin die Cur, wurde aber im Sommer durch erneute und heftigere Beschwerden gezwungen, wiederum die Hilfe der erwähnten Poliklinik in Anspruch zu nehmen. Zugleich stellte sich damals eine Anschwellung der äusseren Nase und Röthung der Haut an der rechten Seite der knöchernen Nase ein. Nun wurde ihr eine wasserklare Medicin, dreimal täglich ein Esslöffel (Jodkali?), verordnet, von der sie vier Flaschen mit grossen Unterbrechungen gebrauchte. Im Monat Juni begann sich eine Einsenkung des Nasenrückens zu zeigen. Seit vier Wochen besteht Thränenträufeln auf dem linken Auge und klagt Patientin über Sausen im Kopf und Belegtsein der Ohren.

Status vom 1. November 1888: Patientin ist ein kräftiges, aber blass aussehendes Mädchen. Die äussere Nase zeigt am Nasenrücken, und zwar vorwiegend an der rechten Seite desselben eine deutliche Depression, sie erscheint etwas verkürzt; die Basal-Ebene ein wenig frontalwärts dislocirt. Die bedeckenden Weichtheile anscheinend nicht geschwollen; doch ist die äussere Nase auf Druck empfindlich. Die rhinoskopische Untersuchung zeigt am Septum cartilagineum einen umfangreichen von ulcerirter Schleimhaut bedeckten Defect; auch an der Seitenwand des Nasen-Innern, und zwar sowohl im Vestibulum nasi, als auch an den Bedeckungen der unteren Muschel finden sich oberflächliche Excoriationen.

Bei der Besichtigung der Mundrachenhöhle findet sich in der Medianlinie des harten Gaumens ein rundliches, etwa 2 Mm. im Umfang haltendes Ulcus mit gerötheter Umgebung; im Grunde desselben stösst die 1 Ctm. tief eindringende Sonde auf rauhen Knochen. Patientin fühlt die Sonde in der Nasenhöhle und sieht man nach der Sondirung an der hinteren Rachenwand etwas Blut hinabfliessen. Auch am weichen Gaumen und den Gaumenbögen fleckweise Röthung. Am oralen Theil der Pharynxschleimhaut ältere Narben.

Am Halse fällt rechterseits schon bei der Inspection eine wallnussgrosse, geschwollene Lymphdrüse auf. Sonst nichts Bemerkenswerthes.

Therapie: Schwitzcur, Holzthee. Kali jodati 3·0 pro die. Oertlich: Jodoform-Insufflationen.

Patientin stellt sich nur unregelmässig vor und entzieht sich der weiteren Behandlung, nachdem bis Februar 1889 sämmtliche Krankheitserscheinungen gebessert und das perforirende Ulcus am palatum durum geheilt ist.

Fall 25.

Syphilitische Infection 1881. Vierwöchentliche Behandlung. Beginn des Nasenleidens 1883. Neue Attaque 1887. Umfangreiche Zerstörungen am Septum, geringere am Velum. Drüsenschwellungen. — Heilung mit Atrophie der Muscheln und narbigen Veränderungen der Mundrachenhöhle.

Anna M., vierundzwanzig Jahre alt, Kellnerin, ist im Jahre 1881 inficirt worden und hat damals wegen „Wundseins an den Genitalien" eine vierwöchentliche Cur (Inunctionscur?) durchgemacht; anderer Krankheits-Erscheinungen aus jener Zeit weiss sie sich nicht zu erinnern. Zwei Jahre später trat Undurchgängigkeit der Nase, Verlust des Riechvermögens und Kopfschmerz — hauptsächlich in der Schläfengegend — ein. In einem poliklinischen Institute wurde ihr aus der rechten Nasenhälfte ein „Polyp" herausgeschnitten, dann häufige Beizungen mit Höllenstein ausgeführt und später auch Jodkalium verordnet. Ihr Zustand besserte sich dann im Verlaufe weniger Wochen und Patientin blieb bis zum Sommer 1887 gesund. Um diese Zeit stellte sich wieder Verstopftsein der Nase und übelriechende eitrige Secretion aus derselben ein; zugleich machte sich eine erhebliche Verringerung des Gehörvermögens auf dem rechten Ohre bemerkbar. In dieser Zeit schnäuzte Patientin mehrere kleine Knochenstückchen aus; ein grosses Stück gelangte in den Schlund und wurde von der Patientin von dort mit dem Finger herausbefördert. Aerztlichen Rath suchte sie damals nicht auf, sondern nahm auf eigene Hand Jodkalium. Im Verlaufe weniger Wochen verschwanden dann wieder sämmtliche Beschwerden und erfreute die Kranke sich bis Ende December eines im Ganzen ungestörten Wohlbefindens. Starke Menorrhagien (durch Abort bedingt?) nöthigten sie bis zum 3. Januar 1888, das Bett zu hüten. Während dessen

stellten sich von Neuem Kopf- und Gesichtsschmerzen, vorwiegend linksseitig, ein, die nach Empfindung der Patientin ihren Ausgang vom Nasen-Innern nahmen und sich zeitweise — gewöhnlich Abends — zu unerträglicher Heftigkeit steigerten. Neben diesen Krankheits-Erscheinungen ist es hauptsächlich ein Gefühl von Brennen und Schwere in den Augen, sowie ein seit vierzehn Tagen bestehendes Thränenträufeln, worüber Patientin zu klagen hat, als sie sich am 10. Januar 1888 Herrn Dr. Michelson vorstellt. Derselbe nimmt folgenden Status auf:

Hautfarbe sehr blass, Gesichtsausdruck leidend, das linke Augenlid hängt etwas herab, kann jedoch unwillkürlich gehoben und gesenkt werden. Die Form der äusseren Nase ist nicht verändert; Druck auf das knöcherne Gerüst derselben wird — besonders links — als empfindlich bezeichnet. Geruchsempfindung fehlt vollkommen; mässiger Foetor ex naribus; die Sprache etwas näselnd.

Rhinoskopisch: Am hinteren unteren Abschnitt der Nasenscheidewand ein Defect von circa 2 Ctm. Länge, dessen Umrandungen grösstentheils ulcerirt sind. Rechts, dicht vor derselben, eine eiterbedeckte Granulationswucherung, in deren Grund die Sonde auf rauhen Knochen stösst. Etwas weiter vorwärts, dem Vorderende der unteren Muschel gegenüber eine unregelmässig begrenzte Ulceration der Mucosa septi. Beide unteren und mittleren Muscheln, soweit sie der Untersuchung zugängig sind, mit blasser, atrophischer Schleimhaut bekleidet. Rechts besteht zwischen convexer Fläche der unteren und der unteren Partie der mittleren Muschel eine membranöse Adhäsion.

Die Pharynxschleimhaut sowohl im Bereich des Cavum pharyngonasale, wie der Pars oralis atrophisch aussehend, von Narbenzügen netzartig durchsetzt. Das Velum palatinum gleichfalls atrophisch. Die Uvula ist durch Narbengewebe nach rechts dislocirt; nahe ihrer Basis eine erbsengrosse Perforatio veli.

Die Untersuchung des übrigen Körpers weist das Vorhandensein einiger mässig geschwollener, etwa lambertsnussgrosser Cervicaldrüsen und eine kaum haselnussgrosse linksseitige Cubitaldrüse, sonst aber nichts Bemerkenswerthes nach.

Behandlung: Calomelöl-Injectionen (Calomel 1 : Ol. provinc. 10 in die Glutäalgegend). Jodkali, anfänglich 2·0, dann 2·5 Gr. pro die. Oertlich: Ausspülungen der Rachenhöhle mit vierprocentigem Borwasser und Jodoform-Insufflationen.

Unter dieser Therapie allmälig fortschreitende Besserung sämmtlicher Krankheits-Erscheinungen; die fungösen Granulationen um die Perforationsstelle involviren sich, nachdem ein dünner oblonger Sequester von ungefähr 13 und 7 Mm. Durchmesser, in der letzten Februarwoche entfernt ist.

Am 9. Mai 1888 stellt Patientin sich nach einer Reise wieder vor. Sie hat inzwischen Jodkalium weitergebraucht, sieht blühend wohl aus und fühlt

sich auch dementsprechend. Eine Difformität der äusseren Nase ist nicht vorhanden, obwohl der Defect jetzt einen sehr erheblichen Theil der knöchernen Scheidewand betrifft. Von derselben ist nämlich (wie durch vordere und hintere Rhinoskopie constatirt wird) nur noch der obere, etwa bis zum oberen Rande der mittleren Muschel reichende Abschnitt erhalten. Vom unteren Theile des Septum osseum nur noch ein etwa 3—4 Mm. hoher leistenförmiger Vorsprung am Boden der Nasenhöhle.

Die Nasenhöhle ist durch den weiteren Fortschritt der Muschel-Atrophie abnorm geräumig.

Im Cavum narium und naso-pharyngeum Borken. Nach Ausspülung desselben zeigen sich nirgends mehr Ulcerationen.

Im Januar 1889 stellte Patientin sich wiederum im Ambulatorium mit der Klage über Heiserkeit, Schwächegefühl und zeitweise Schwindelanfälle vor. Sie sah hochgradig anämisch aus. Die Untersuchung der inneren Organe ergab nichts Bemerkenswerthes. Laryngoskopisch wurde Röthung und mässige Verdickung beider wahren Stimmbänder bei blassem Aussehen der übrigen Kehlkopf-Auskleidung constatirt. Rhinoskopisch nichts Neues. Nach mehrwöchentlichem Gebrauch von 2·0—2·5 Gr. Jodkali pro die, bei gleichzeitiger Application von Eisenpräparaten und roborirender Diät verschwanden sämmtliche Beschwerden und erholte sich Patientin derart, dass sie seitdem wieder eine Stelle antreten konnte.

Fall 26.

Infection 1878 (?). Sublimat-Injectionen. 1879 Halsbeschwerden. Beginn des Nasenleidens 1881. Sattelnase. Umfangreicher Defect des Septum. Destructionen des weichen Gaumens. Ulcerationen an beiden Stimmbändern und der Interarytänoid-Schleimhaut.

Johanna W., zweiunddreissig Jahre alt, Wäscherin, unverheiratet, wurde Anfangs April 1878, nachdem sie zwei Monate vorher von einem todten Mädchen entbunden war, wegen constitutioneller Syphilis in eine Berliner Kranken-Anstalt aufgenommen; daselbst eine Cur von fünfundzwanzig Sublimat-Injectionen, im Anschlusse an dieselbe noch eine Schwitzcur bei gleichzeitigen Seifenbädern von siebzehntägiger Dauer; später wiederholt Geschwüre. 1879 wegen „Halsbeschwerden“ acht Tage in einem Königsberger Hospital mit Jodkalium behandelt. 1881 Anschwellung der äusseren Nase und übler Geruch aus derselben, sowie heftiger Kopfschmerz. Behandlung mit Jodkalium und Ausspülungen der Nasenhöhle mittelst der Douche mit essigsaurer Thonerde und Alaun. Nach Abgang von Knochensplittern fing dann der Nasenrücken an, einzufallen. Am 4. August 1885 gab Patientin einem Mädchen das Leben, bei welchem sich zwei Wochen später Hautausschlag zeigte, und das im Alter von acht Wochen im städtischen Krankenhause starb. Während dieser Gravidität hatte Patientin zum ersten Male über Heiserkeit zu klagen, die jedoch nach mehrwöchentlicher Dauer verschwand.

Erneute Heiserkeit im Winter 1885/86, dann im Sommer Besserung, ohne dass jedoch der frühere helle Stimmklang wiederkehrte. Nachdem Weihnachten 1886 vollkommene Aphonie sich eingestellt hatte, sah Patientin sich endlich veranlasst, wiederum ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, und zwar wurden ihr jetzt neben Jodkalium Tannin-Inhalationen verordnet. Als eine Besserung bis zum 12. Mai 1887 nicht erzielt war, wandte sich Patientin an Dr. Michelson und wurde von diesem folgender Befund erhoben: Aeussere Nase bietet den Typus der sogenannten Sattelnase dar. Rhinoskopisch wird ein Defect des grösseren Theiles des Septum osseum und des hinteren Abschnittes des Septum cartilagineum festgestellt. An der rechten Seite des Velum eine umfangreiche strahlige Narbe. Durch Narbenschrumpfung ist diese Seite des weichen Gaumens verkürzt und Uvula und Gaumenbögen entsprechend verzogen.

Laryngoskopische Untersuchung erschwert durch Rücklagerung der Epiglottis, lässt Ulcerationen an beiden Stimmbändern und an der Interarytänoid-Schleimhaut erkennen.

Patientin ist schwächlich gebaut, fühlt sich, abgesehen von ihrer Heiserkeit wohl, hat guten Appetit und Schlaf, giebt aber an, in letzter Zeit erheblich abgemagert zu sein. Die Lungen sind normal.

An der Stirnhaargrenze Ulcerationen, die seit neun Monaten bestehen sollen.

Behandlung: Inunctionscur à 3 Gr. und anfänglich 2·0, später 2·5 bis 3·0 Gr. Jodkali pro die.

Nach Gebrauch von fünfunddreissig Inunctionen und etwa 30 Gr. Jodkali ist die Heiserkeit der Patientin beseitigt, laryngoskopisch jedoch noch eine deutliche Infiltration der laryngealen Fläche der hinteren Kehlkopfwand nachweisbar, die bei gelegentlicher stärkerer Anschoppung zum Recidiviren der Heiserkeit führt. Eine Heilung der Geschwüre der Kopfhaut ist bis zum 1. Juli (nach fünfundzwanzig Inunctionen) erzielt. Patientin hat auf unsere Verordnung bis zum November 1888 wiederholt in etwa acht- bis zehnwöchentlichen Intervallen noch Jodkalium (gewöhnlich zehn Dosen à 2 Gr.) gebraucht, und befindet sich bis zum heutigen Tage, abgesehen von der erwähnten Disposition zur Heiserkeit, wohl.

Fall 27.

Infection 1871. Einige Einreibungen. Drei Jahre später Beginn des Nasenleidens. Sattelnase, Perforatio septi. Umfangreiche Defecte am Velum, Gaumenbögen und Tonsillen. Laryngitis syphilitica. Auftreibung des linken Kniegelenkes.

Wilhelmine N., Schuhmachersfrau, 48 Jahre alt, seit ihrem siebenundzwanzigsten Jahre verheiratet. In den ersten drei Jahren ihrer Ehe hatte Pat. drei gesunde Kinder. Im Jahre 1871 inficirte sie ihr aus dem

Feldzuge heimkehrender Mann. Es folgten: Ausschlag am ganzen Körper, Drüsenschwellungen, besonders der Cervicaldrüsen, und Halsschmerzen. Frau N. machte dann eine Inunctionscur von nur wenigen Einreibungen durch und bekam innerlich Jodkali, worauf sich der Zustand in einigen Wochen besserte. Später hat sie sich dann öfter in längeren Zwischenräumen wegen „Halsschmerzen und Husten“ an den Arzt gewendet und Jodkali gebraucht, einmal auch drei Einspritzungen in die Schultergegend bekommen. Beschwerden von Seiten der Nase traten drei Jahre nach der Infection auf und führten schliesslich, nachdem sie sich eines Tages einen feinen langen Knochensplitter aus der Nase entfernt hatte, zu der jetzigen Form der Nase. Vor etwa drei Monaten stellten sich heftige Schmerzen in den Beinen, besonders beim Aufstehen, und Reissen in allen Gliedern ein, weshalb sie sich jetzt an die chirurgische Polilinik wandte, von der aus sie dem Ambulatorium zur Mitbeobachtung freundlichst überwiesen wurde.

Status vom 22. März 1889.

Sattelnase; Perforatio septi in länglicher etwas unregelmässiger Form am hinteren Theile der knorpeligen und dem vorderen Theile der knöchernen Scheidewand, in Höhe etwa der mittleren Muschel. Umfangreiche Defecte am Velum, Gaumenbögen und Tonsillen, besonders der rechten, bei Erhaltung der Uvula. Ausgedehnte Narbenbildung an der Pars nasalis und oralis pharyngis.

Laryngoskopisch: Membranöse Verwachsung der vorderen Enden der falschen Stimmbänder in einer Ausdehnung von circa 3 Mm. Verdickung des Schleimhautüberzuges am freien Rande des linken Stimmbandes, in dessen Mitte dadurch ein kurzer, schmalkantiger Vorsprung zu Stande kommt. Diesem Befunde entsprechend hat die Stimme einen belegten Klang.

Die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Abnormes, ausser einer Auftreibung des linken Kniegelenkes und Druckempfindlichkeit der Epiphysen, welche Erscheinungen sich unter Anwendung der ihr von der chirurgischen Poliklinik verordneten äusserlichen und innerlichen Application von Jodpräparaten bessern.

Nach der ausführlichen Mittheilung dieser Krankengeschichten glaube ich von einem allgemeinen Bilde der pharyngo-nasalen Syphilis Abstand nehmen zu können.

Eine Schilderung der Syphilis des Nasenrachenraumes als solcher zu geben, dürfte wohl schwer fallen, da man derselben isolirt nur selten begegnet. Unter den subjectiven Erscheinungen welche die dort localisirten Affectionen hervorrufen, stehen Halsschmerzen, Schluckbeschwerden, Schmerzen in den Ohren, Ver-

schlechterung des Gehörs im Vordergrunde, was Alles aus den anatomischen Verhältnissen ja ohne Weiteres verständlich ist.[1])

Hervorzuheben ist, dass Syphilis des Nasenrachenraumes bestehen kann, ohne irgend eine erkennbare Veränderung in der Mundrachenhöhle, speciell ohne die bisher für pathognomonisch erachtete entzündliche Schwellung und Verfärbung der oralen Fläche des Velum. Diese tritt eben offenbar nur auf bei tiefgreifenden Ulcerationsprocessen, die sich an der nasalen Fläche desselben abspielen. — Dass dem so ist, dafür liefert unser Fall Nr. 15, auf den ich später noch zurückkomme, einen, wie ich glaube unumstösslichen Beweis. Derartige Fälle scheinen nicht einmal so ausserordentlich selten zu sein; gerade in diesen Tagen machte Herr Dr. Michelson, wie er mir mittheilte, wiederum eine derartige Beobachtung, und vor Jahren bereits wurde ein hieher gehöriger Fall von Zaufal[2]) publicirt.

Auch eine Combination mit Syphilis der Mundrachenhöhle ändert an dem von Michelson für die Nasensyphilis[3]) entworfenen Bilde keinen Zug, sondern fügt ihm nur einige neue, indess altbekannte hinzu: Beschwerden von Seiten des Halses, Schmerzen beim Schlucken, bei der Aufnahme fester Nahrung, eventuell das Hineingelangen flüssiger Nahrung in die Nasenhöhle (bei Perforationen des Velum und des Palatum), näselnder Sprachklang.

Die zusammenfassende Betrachtung obiger Krankengeschichten lehrt nun folgende Thatsachen:

Was erstens die Diagnose betrifft, so ist schon darauf hingewiesen worden, dass sie in der ersten Zeit des Bestehens dieser Affectionen schwierig — in einzelnen Fällen nur ex juvantibus zu stellen ist. Als Stützpunkte für die Diagnose dienen uns: Das rhinoskopische Bild, die Anamnese und die Exploration des übrigen Körpers. Von wie zweifelhaftem Werthe die beiden

---

[1]) Siehe auch Moldenhauer l. c. pag. 121 ff.

[2]) Die Plica salpingopharyngea (Wulstfalte) von E. Zaufal. (Archiv für Ohrenheilkunde, 15. Band, 1880, S. 121.)

[3]) l. c. pag. 6 ff.

letzteren Factoren gerade für die Spätformen der Syphilis sind, ist bekannt, und das beweisen auch aufs Neue unsere Krankengeschichten. In diesen 27 Fällen ergab die Untersuchung des übrigen Körpers nur achtmal ein positives Resultat.

Die Anamnese liess uns in sechs Fällen ganz im Stich, was noch ein relativ günstiger Procentsatz zu sein scheint.

Wenden wir uns nun den Erscheinungen von Seiten der Nase selbst zu, so hat bereits Michelson darauf hingewiesen, dass „längere Zeit bestehende Undurchgängigkeit der Nase, nasales Sprachtimbre, und Beeinträchtigung des Riechvermögens, selbst bei Personen mit specifischen Antecedentien noch keineswegs zur Diagnose der Nasensyphilis berechtige“. Ebensowenig könne die Beschaffenheit des Secretes als irgendwie charakteristisch gelten.

In Bezug auf das Riechvermögen behauptet Mauriac[1]), dass es, besonders wenn die Affectionen in den hinteren Partien der Nasenhöhle localisirt sind — immer erloschen ist. In unseren 27 Fällen ist eine Beeinflussung desselben überhaupt nur 13mal constatirt; eine vollkommene Anosmie fand nur in in sieben Fällen statt. Aber auch der Fötor, dem vielfach bei der Diagnose der ulcerösen Nasensyphilis eine grosse Rolle vindicirt worden ist — scheint dieselbe nicht zu verdienen. Wenigstens ist derselbe in unseren 27 Fällen nur sechsmal notirt. Schlüsse aus der Art des Fötors zu ziehen, kann, bei solch' seltenem Vorkommen, nur von relativem Werthe sein. Allerdings lässt es sich nicht in Abrede stellen, dass für einen mit feinem Riechvermögen begabten Beobachter der widerlichsüssliche Fötor der Ozaena simplex, der häringslakeähnliche Geruch des Secretes bei Empyem der Highmorshöhle sich von dem durch Gewebsnekrose bedingten Fötor der „Ozaena syphilitica“ unterscheidet.

Nicht mehr differenzirbar aber ist er von dem auf gleichen Verhältnissen basirenden Fötor, der oft die tuberculösen Processe, sowie den Zerfall maligner Tumoren und lange verhaltene Fremdkörper begleitet.

---

[1]) l. c. cinquième leçon, pag. 30.

Nach Allem können wir daher nicht soviel Gewicht auf den Charakter des Fötors bei der „Rhinitis syphilitica ulcerosa" legen, wie Mackenzie[1]) dies thut.

Eine grössere Bedeutung kommt schon den Veränderungen der äusseren Nase zu — ganz abgesehen von den meist später auftretenden typischen Verunstaltungen des Nasenrückens — die sich meist als mehr oder minder hochgradige Röthung und Schwellung mit Druckempfindlichkeit darstellen, und, verbunden mit halbseitig ausstrahlenden Kopfschmerzen mindestens den Verdacht erwecken müssen, dass Lues im Spiel sein könnte. Mit Recht hebt daher auch Mauriac[2]) die Bedeutung dieser Erscheinungen hervor. In unseren Fällen waren Veränderungen der äusseren Nase 12mal zu constatiren.

Was bisweilen geeignet ist, in dubio die Diagnose auf den richtigen Weg zu leiten, das ist die manchmal ein anscheinend so geringes locales Leiden begleitende hochgradige Kachexie.

Mackenzie, der auch diese Kachexie erwähnt, meint, es sei „schwer zu sagen, ob dieselbe die Ursache oder die Folge des localen Leidens ist" [3]). Offenbar doch keines von beiden, sondern das Localleiden wie die Kachexie sind beide nebeneinander bestehende Folgen einer andern gemeinsamen Ursache: der Allgemeininfection.

Da wir es meist mit früheren Stadien tertiär-syphilitischer Nasenerkrankung zu thun hatten, und durch rationelle Curen dem Umsichgreifen des Processes Einhalt gethan wurde — so bekamen wir die typische Sattelnase nur relativ selten — 3mal — zu Gesicht. Insoferne nun kann hier zu der Ansicht Moldenhauer's[4]) und Michelson's[5]) — dass nicht die Defecte der knorpeligen und knöchernen Scheidewand das anatomische Substrat der Sattelnase seien — ein Beleg beigebracht werden, als zwar bei den drei Patienten mit Sattelnase (Fall 24, 26, 27) umfangreiche Defecte des Septum nachzuweisen waren — dagegen in dem Falle

[1]) l. c. pag. 571.
[2]) l. c. pag. 28.
[3]) l. c. pag. 567.
[4]) l. c. pag. 117.
[5]) l. c. pag. 12.

(Nr. 25)[1]) des grössten Septumdefectes die Gestalt der äusseren Nase völlig unverändert war und blieb.

Das erste und letzte Wort bei der Diagnose der Nasensyphilis wird immer der rhinoskopischen Untersuchung zukommen. Durch diese ermitteln wir „— Ulcerationen, die ihren Sitz vorzugsweise an der Nasenscheidewand haben und daselbst nicht selten furchenförmig in sagittaler Richtung verlaufen. — Der Grund der tieferen Geschwüre ist mit Granulationen angefüllt, oder von missfarbenen sphacelösen Gewebstrümmern bedeckt, und stösst die Sonde in letzterem Fall auf freiliegenden nekrotischen Knorpel, oder Knochen. Neben diesen Geschwürsprocessen bestehen Schwellungszustände an den Muscheln, zuweilen sogar im Charakter polypoider Hyperplasien. Bemerkenswerth ist die Resistenz der infiltrirten Gewebe.“ — So schildert Michelson[2]) das rhinoskopische Bild der Rhinitis syphilitica ulcerosa.

Prädilectionssitz scheint in der That die Nasenscheidewand zu sein; in unseren 27 Fällen fanden wir sie 20mal betroffen. — Die von Michelson zuerst beschriebene „sagittale Furchen- oder Muldenform“ dieser Ulcerationen, die er geneigt ist als Decubitalgeschwüre aufzufassen, entstanden durch den Druck, welchen die — durch das gummöse Infiltrat sklerosirten — Muscheln ausüben[3]), war in sieben dieser zwanzig Fälle deutlich ausgeprägt. Da diese Form der Ulceration also relativ häufig in den früheren Stadien der tertiären Nasensyphilis zur Beobachtung kommt, bei auf anderer Grundlage entstandenen Geschwürsprocessen dagegen nicht vorzukommen scheint, so legt Michelson besonderen Werth auf die Constatirung dieser Erscheinung als eines für die Differentialdiagnose überaus wichtigen Momentes.

Ist der Process weiter vorgeschritten, so bilden sich Perforationen des Septum, die oft den grössten Theil desselben zer-

---

[1]) Patientin ist von Herrn Dr. Michelson in der Sitzung des Vereins für „wissenschaftliche Heilkunde“ am 14. Mai 1888 vorgestellt worden. (Siehe das Referat über die Sitzung: Berliner klin. Wochenschr. 1888, Nr. 38.)

[2]) l. c. pag. 6 ff.

[3]) ibidem pag. 90.

stören und mit Vorliebe am hinteren Abschnitt zu beginnen pflegen.

Wir sahen unter unseren Fällen sieben Perforationen, von denen nur eine ausschliesslich am vorderen Theile des Septum localisirt war.

Auf die grosse Wichtigkeit, ja Unentbehrlichkeit der hinteren Rhinoskopie für die Erkennung syphilitischer Processe im Nasenrachenraum — ist schon vielfach im Verlaufe dieser Arbeit hingewiesen worden; das einleuchtendste Beispiel dafür ist unser Fall Nr. 15: Kein Fötor, keine Beeinträchtigung des Riechvermögens, keine Veränderungen der äusseren Nase — keine Abnormitäten im Bilde der vorderen Rhinoskopie wiesen auf irgend einen ernsteren Process in der Nase hin; ebensowenig zeigte die Schleimhaut des Velum und der Pars oralis des Pharynx — irgend welche verdächtige Erscheinungen. Erst als der Mann, nach den einige Tage hindurch fortgesetzten Vorübungen einer genauen Untersuchung mittelst hinterer Rhinoskopie unterworfen werden konnte, zeigten sich die — in der Krankengeschichte ausführlich geschilderten — Erscheinungen: Ein Ulcerationsprocess am freien Rande des Septum osseum, dem Fornix pharyngis und der pharyngealen Fläche des Velum, und bald darauf am hinteren Theile des Septum ein Sequester, der unter Spiegelleitung entfernt wurde.

Weniger leicht werden dem Beobachter Affectionen im Cavum pharyngo-nasale entgehen, wenn die syphilitische Rhinitis zugleich mit Syphilis der Mundrachenhöhle combinirt ist.

Wie häufig diese Complication ist, das erhellt unter Anderem aus dem von Mauriac und Michelson[1]) Gesagten zur Genüge; in unseren 27 Fällen fand sie 13mal statt, ein Verhältniss, das übrigens dem bei Mauriac statthabenden (14mal in 29 Fällen) genau entspricht. Was nun die tertiären Erkrankungen der Mundrachenhöhle selbst betrifft, so scheint ihr Prädilectionssitz das Velum zu sein, wie es das Septum in der Nasenhöhle ist; in den hierhergehörigen 13 Fällen war es 11 Mal betroffen. Demnächst fand sich die hintere Pharynxwand vielfach an den Veränderungen betheiligt. Die Schleimhaut der Gaumenbögen und der Ton-

[1]) l. c. pag. 16.

sillen — in der Secundärperiode der typische Sitz der Plaques muqueuses — scheint in diesen tertiären Formen seltener afficirt zu werden. Neben einer Röthung und Verdickung der Schleimhaut, die sich oft auf die ganze Mundrachenhöhle, besonders aber auf Velum und Uvula erstreckt und bisweilen eine gewisse Rigidität des Segels bedingt — kommen ulceröse Processe, von den leichtesten Erosionen bis zu tiefgreifenden Geschwüren vor, die ebenso wie in der Nasenhöhle mit Atrophie der Schleimhaut, narbigen Destructionen und Perforationen abheilen. In unseren 13 Fällen war 5mal eine Perforation des Velum, eine des harten und eine des weichen Gaumens zu constatiren.

In vier Fällen pharyngo-nasaler Syphilis war zugleich der Kehlkopf mit in den Process hineingezogen.

Von Wichtigkeit ist die Frage nach der Zeit des Auftretens pharyngo-nasaler Syphilis post infectionem? Michelson zeigte an der Hand von 42 theils von ihm selbst, theils von Mauriac und Schuster beobachteten Fällen, „dass die Gefahr einer Erkrankung an syphilitischen Ulcerationsprocessen der Nase und des Nasenrachenraumes in der Zeit von ein bis drei Jahren nach der Ansteckung am grössten ist.“[1]) Und in der That kommen auf dieses Zeitintervall 21 Fälle, also gerade die Hälfte.

Berücksichtigen wir nun die dieser Arbeit zu Grunde liegenden 27 Fälle allein, so ergeben sich etwas abweichende Resultate. Von den 20 Fällen, in denen überhaupt Angaben über die Zeitdauer zwischen Infection und Auftreten der pharyngo-nasalen Affectionen gemacht wurden, kommen auf das

1.—3. Jahr = 6 Fälle,
3.—8. Jahr = 2 Fälle,
8.—14. Jahr = 12 Fälle.

Danach wäre also die Gefahr für die Erkrankungen in dem Zeitintervall des 8.—14. Jahres weitaus die grösste. Die Differenz dieser beiden Resultate wird aber weniger auffallend, wenn man auch in der, aus obigen 42 Fällen abgeleiteten Statistik das Intervall des 8.—15. Jahres mit 12 Fällen gleich hinter dem Intervall des 1.—3. Jahres rangiren sieht, während auf den da-

---

[1]) l. c. pag. 8.

zwischen liegenden Zeitraum vom 3.—8. Jahre, ebenso wie in unserer Aufstellung die geringste Zahl von Erkrankungen fällt.

Das Ergebniss der aus unseren 27 Fällen allein angefertigten Zusammenstellung stimmt übrigens mit den Angaben Mackenzie's,[1]) Michel's,[2]) Moldenhauer's,[3]) Mauriac's[4]) u. A. überein.

An die eben behandelte Frage schliesst sich eine andere, für die Prognose wichtige: Wie lange bestanden die localen Affectionen schon, als man begann, sie einer rationellen Therapie zu unterwerfen? In dieser Beziehung finden wir in unseren Krankengeschichten meist den Beginn des Leidens von den Patienten auf mehrere Wochen bis einige Monate zurückdatirt, ohne dass ein weit längeres Bestehen ausgeschlossen wäre (siehe Fall 14 u. a.). Dass eine zweckmässige specifische Local- wie Allgemeinbehandlung im Stande ist, selbst nach sehr langem Bestehen ein Weiterschreiten der Processe zu verhüten, wird hoffentlich aus unseren Krankengeschichten klar geworden sein.

Da die vorausgegangene Behandlung in Folge der Behauptung der Antimerkurialisten: Die Quecksilbercuren prädisponiren gerade zu den sogenannten Tertiärerscheinungen auch in unseren Fällen von Interesse sein dürfte, so sei bemerkt, dass von unseren 27 Fällen neun überhaupt in Abrede stellten, jemals eine antiluetische Cur durchgemacht zu haben. Von den übrigen haben nur sechs sich einer einigermassen ausreichenden Schmiercur unterzogen, sieben sind mit „ein paar Einreibungen", die übrigen mit wenigen Sublimatinjectionen oder lediglich mit Jodkali behandelt worden.

— — — — — — — — — — — — — —

Von den Ergebnissen zu denen diese Arbeit geführt, seien hier zum Schlusse folgende, als meines Erachtens besonders wichtige noch einmal kurz aufgeführt.

1. Die grösste Gefahr für das Auftreten pharyngo-nasaler Syphilis fällt in das Zeitintervall des 1.—3. und des 8.—14. Jahres.

---

[1]) l. c. pag. 586.

[2]) l. c. pag. 46.

[3]) l. c. pag. 114.

[4]) l. c. quatrième leçon, pag. 4 ff.

2. Vorausgegangene Quecksilbercuren prädisponiren keineswegs zu den tertiärsyphilitischen Affectionen der Nase, des Nasenrachenraumes und der Mundrachenhöhle.

3. Bei der pharyngo-nasalen Syphilis ergiebt die Exploration des übrigen Körpers in einer beträchtlichen Zahl von Fällen ein vollkommen negatives Resultat.

4. Furchenförmig in sagittaler Richtung verlaufende Ulcerationen der Nasenscheidewand sprechen in dubio für einen syphilitischen Ursprung des Geschwürsprocesses.

5. Der Fötor ist bei der Rhinitis syphilitica ulcerosa durchaus kein constantes Symptom, und hat, wenn er vorhanden, nichts für Lues Charakteristisches.

6. Die als Sattelnase bezeichnete Difformität ist nicht von Defecten der Nasenscheidewand abhängig.

7. Syphilis des Nasenrachenraumes kann bestehen ohne irgend eine erkennbare Veränderung in der Mundrachenhöhle.

8. Die rhinoskopische Untersuchung ist für die Erkenntniss der früheren Stadien der Syphilis der Nase wie des Nasenrachenraumes absolut unentbehrlich.

9. Eine zweckmässig geleitete specifische Local- und Allgemeinbehandlung verhindert selbst nach monatelangem Bestehen syphilitischer Infiltrations- und Ulcerationszustände in Nase und Nasenrachenraum oft noch das Auftreten bleibender Destructionen und erweist sich bei rechtzeitiger Anwendung ausnahmslos erfolgreich.

10. Die im Gefolge der spät-syphilitischen Infiltrations- und Ulcerationsprocesse in der Nasen- und Mundrachenhöhle meist sich entwickelnde Atrophie der betroffenen Gewebe hintanzuhalten, ist indess auch eine rationelle Therapie ausser Stande.

Zur Endoskopie, — ein leichtes Verfahren ohne kostspieligen Apparat.

Von

Dr. Linhart,
k. k. Marine-Stabsarzt.

(Mit zwei Figuren.)

Die Endoskopie, beziehungsweise Urethroskopie, wird von den Einen über-, von den Anderen unterschätzt und die Wahrheit liegt hier, wie immer, zwischen den beiden Extremen in der Mitte. An und für sich dürfte ja immerhin die Urethroskopie zu den seltener gehandhabten diagnostischen Behelfen zählen; sie ganz überflüssig zu erklären, mit der Motivirung etwa, dass angeblich dasjenige, was eine urethroskopische Untersuchung zeigen kann, schon anderwärts her erschlossen und bekannt sein dürfte, ist viel zu weitgehend. Denn fürs Erste wird die Urethroskopie nicht in alltäglichen Fällen zu Hilfe gerufen und ist es dann nichts weniger als ausgemacht, dass man schon im Vorhinein weiss, was die betreffende Untersuchung lehren wird; und fürs Zweite wie oft und wie gern lässt man sich dasjenige, was man durch anderweitige diagnostische Behelfe mehr weniger festgestellt hat, noch durch eine Demonstration ad oculos erhärten!

Ich habe auf dem Gebiete chirurgischer wie venerischer Erkrankungen dem endoskopischen Verfahren einige Male gute und in einem Falle sehr gute Dienste zu danken gehabt und ich glaube, dass dasselbe überhaupt zu häufigerer Anwendung käme, wenn diese zugleich leicht, allgemein zugänglich und von gutem Erfolge betreffs der Darstellung begleitet gemacht werden könnte.

Was das einfachste Verfahren — Belichtung der durch das Endoskop blossgelegten Schleimhautfläche durch einen Ohren- oder Kehlkopfspiegel-Reflector — anbelangt, ist nicht zu leugnen, dass die Beleuchtung eine äusserst dürftige ist und dass es grosser Uebung Seitens des Untersuchenden bedarf, soll dieser über die Fossa navicularis hinaus ein Bild halbwegs deutlich wahrnehmen; die Untersuchung wird darum auch meist langwierig und herzlich unbequem.

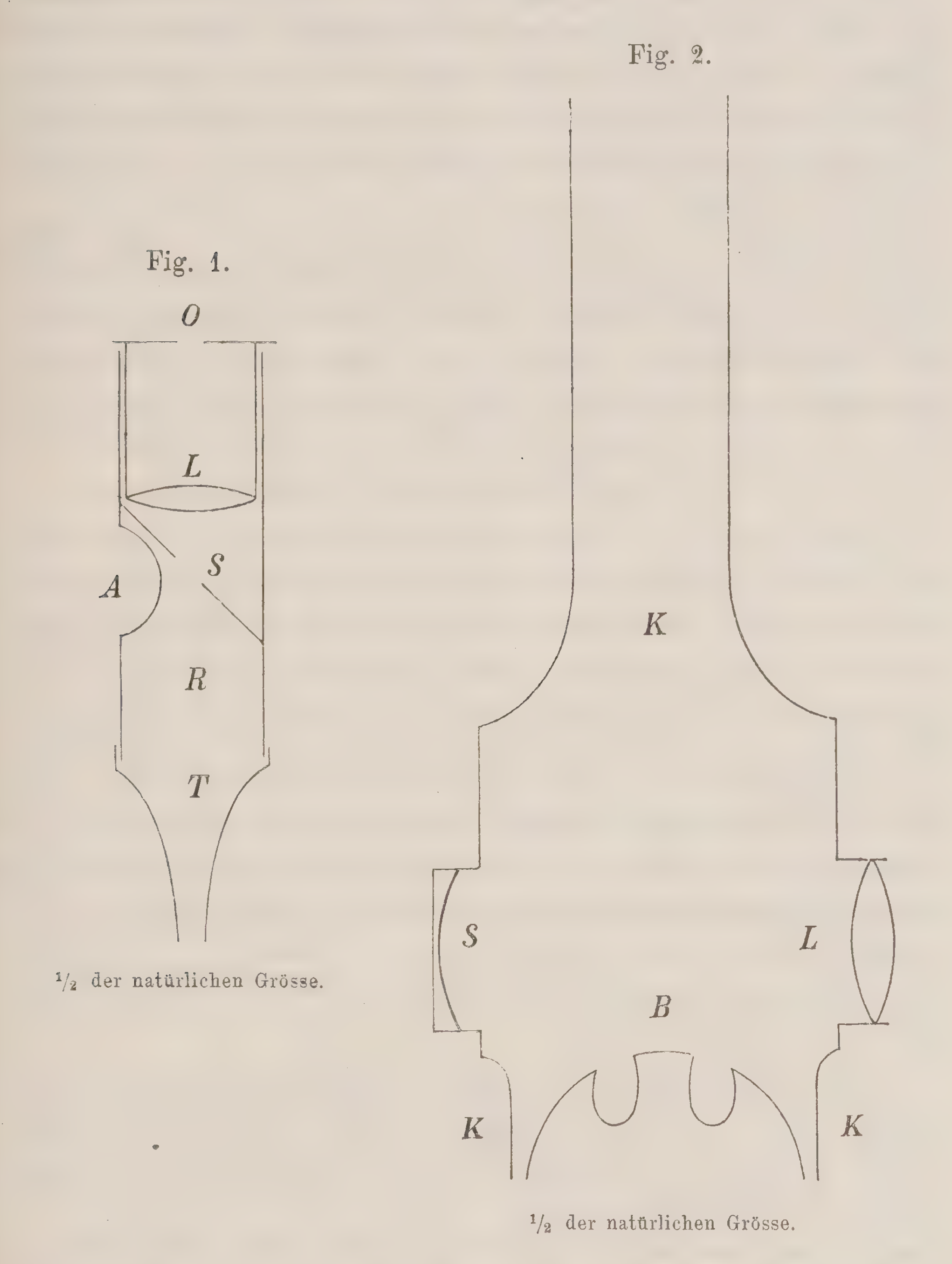
Die Untersuchung der Harnröhre mittelst der verschiedenen complicirteren Höhlen- und Canäle-Beleuchtungsapparate hat im Punkte der Demonstration mehr weniger gute, bei dem bekannten Nitze-Leiter'schen Apparate entschieden gute Ergebnisse; aber da kommen andere Nisi ins Spiel, welche dem Verfahren wieder die allgemeine Zugänglichkeit rauben: die Kostspieligkeit, Complicirtheit, die schwierige Behandlung und leichte Beschädigung der Apparate.

Ich bin nun in einem Falle, wo ich eine Strictur von wechselndem Kaliber mit grosser Vulnerabilität, häufigen Blutungen bei sanftester Berührung vor mir hatte, auf den Gedanken gekommen, mit Hilfe zweier Beleuchtungsapparate, die mir zu anderen diagnostischen Zwecken zu Gebote standen, zu urethroskopiren und dies gelang mir in einem so zufriedenstellenden Grade, dass ich beschloss, dass Verfahren zur Prüfung den Collegen und speciellen Fachmännern vorzulegen, um so mehr, als sich die beiden Beleuchtungsapparate durch mässige Preise zur allgemeinen Anschaffung eignen.

Als Endoskop benützte ich ein gerades, unten offenes Grünfeld'sches Instrument von mittlerer Länge, da sich die vulnerable Stelle gegen das Ende der Pars pendula zu befand; als Beleuchtungs- und Sehapparat nahm ich den Bonnafont'schen Ohrenspiegel und als Lichtquelle die Hinks'sche Lampe für Polarisationsapparate.

Da der genannte Ohrenspiegel ein wenig bekanntes Instrument ist, und die Hinks'sche Lampe nur Jenen bekannt sein dürfte, welche mit Polarisationsapparaten arbeiten, so lasse ich zuerst eine kurze Beschreibung der beiden Apparate unter Erläuterung durch schematische Zeichnungen vorausgehen.

Der Bonnafont'sche Ohrenspiegel (Fig. 1) besteht aus drei Theilen: 1. dem mit einer schwach vergrössernden Linse *L* armirten Okulare *O*.



$^1/_2$ der natürlichen Grösse.

$^1/_2$ der natürlichen Grösse.

2. Dem Sehrohre *R*, welches einen kreisförmigen Ausschnitt *A* und diesem gegenüber einen durchbrochenen unter 45° aufgestellten Beleuchtungsspiegel *S* hat. 3. Dem auswechselbaren Ohrtrichter *T*.

Der genannte Ohrspiegel, dessen Gebrauch in der Otoskopie Anfangs einige Unbequemlichkeit und Schwierigkeiten verursacht, welche aber überraschend schnell besiegt werden, hat die Tugend, auch ohne gute Lichtquelle ausserordentlich deutliche, scharfe Bilder zu liefern. Der kleine Spiegel, der all das empfangene Licht in den Trichter wirft, gibt auch bei stark umwölktem Himmel so gut belichtete, mit Hilfe der schwachen Linse scharf detaillirte Bilder, dass ich seinerzeit auf der chirurgischen Abtheilung auch bei dem trüben Tageslichte unseres regnerischen Winters die Ohrenuntersuchungen ausschliesslich und mit bestem Erfolge mit diesem Spiegel vornahm. Dabei haben sich wiederholt Collegen, welche — gleich mir — beim ersten Ansehen des Instrumentes das Misstrauen nicht zu unterdrücken vermocht, das ihnen der kleine Reflector einflösste, von der geradezu überraschenden Beleuchtungsfähigkeit desselben überzeugt.

Die Hinks'sche Beobachtungslampe (Fig. 2) ist eine höher und niederer stellbare Petroleumlampe mit schwerem Fusse und einem doppelten Flachbrenner *B*. Sie besitzt anstatt eines Glascylinders einen innen und aussen geschwärzten Kamin *KKK* von Kupfer oder Messingblech mit zwei kurzen Rohrstutzen. Der eine, hinter den Flammen befindliche ist geschlossen und trägt einen Reflector *S* aus weiss emaillirtem Kupferblech; der gegenüber, vor den Flammen gelegene offene Stutzen hält eine starke Sammellinse *L*, welche die Lichtstrahlen parallel macht und in Form einer mächtigen Garbe nach ihrem Bestimmungsorte — für gewöhnlich den Polarisationsapparate — sendet. Ich verwendete nun den aus diesen Theilen zusammengesetzten Untersuchungsapparat in folgender Weise:

Der Kranke nahm auf dem Untersuchungstische eine bequeme halb oder ganz liegende Stellung an; ihm zur Linken stellte ich knapp am Schenkel in der Trochantergegend in entsprechender Höhe die Lampe auf, die Linse nach dem Penis sehend. Zur Rechten des Kranken gegenüber der Lampe stehend führte ich das Endoskop und in dieses nach Entfernung des Obturators den mit einem entsprechend weiten Ohrtrichter armirten Bonnafont'schen Spiegel ein. Nach wenigen geringen Drehungen und Neigungen gelang es mir das kräftige Licht der Lampe auf

die zu beobachtende Schleimhautpartie zu werfen und ein leicht vergrössertes, ungemein deutliches Bild zu erhalten.

Selbstverständlich ist der Ohrtrichter in dieser Anordnung nur ein zufälliges Glied, welches eine sichere Führung des Schaurohres ermöglichen soll. Wenn der Apparat zur Endoskopie speciell eingerichtet würde, müsste eben das trompetenförmige Aussenende des Endoskopes einen niedrigen Flansch erhalten, in welchem sich das Schaurohr mit möglichst wenig Reibung bewegen kann, so dass es einerseits seinen sicheren Sitz darin finden, anderseits nach beiden Seiten leicht gedreht werden kann, ohne das Endoskop und mit ihm etwa die Urethralschleimhaut mitzunehmen. Dann fiele der Ohrtrichter weg, d. h. das vom Bonnafont'schen Ohrenspiegel übrig bleibende Stück würde zum lichtübertragenden Aufsatze des Endoskops.

Die Beschreibung des Krankheitsfalles, bei dem ich zum ersten Male in dieser Weise urethroskopirte, so interessant derselbe war, gehört nicht hieher, da nur die Schilderung des Untersuchungsverfahrens selbst Zweck dieser Zeilen ist. Ich erwähne deshalb nur noch, dass die Bilder, welche ich in diesem, so wie in ein Paar anderen nach dieser Methode untersuchten Fällen erhielt, so deutliche, scharf erkennbare waren, wie ich vorher niemals welche gesehen hatte und dass ich ohne Weiteres für vorkommende Fälle mir Endoskope mit dem oben erwähnten Flansch hätte anfertigen lassen, hätte ich nicht kurz nachher, meinen Posten als Chefarzt der Abtheilung für venerische, syphilitische und Hautkrankheiten gegen meinen gegenwärtigen vertauscht. Da mir nunmehr Materiale für einschlägige Beobachtungen nicht mehr zu Gebote steht, kann ich mein Urtheil über die Brauchbarkeit der Methode nur auf die durchgemachten fünfzehn bis zwanzig Untersuchungen (nicht Fälle) basiren; die Ergebnisse, die ich aus diesen gesammelt, sind aber so aufmunternd, dass ich die Untersuchungsmethode den Collegen aufs Wärmste empfehlen kann.

Für diejenigen, deren Aufmerksamkeit in der Sache so weit anzuregen mir gelungen sein sollte, dass sie das Verfahren einer Prüfung unterziehen wollten, bemerke ich, dass der Bonnafont'sche Ohrenspiegel bei Leiter in Wien um den Preis von 5 fl. zu haben ist; die Endoskope, einfach Ohrtrichter mit Flansch und

verlängertem Rohre, dürften geringe Auslagen verursachen. Die Hinks'sche Beobachtungslampe, welche zwar speciell für Polarisationsapparate gebaut, aber für alle Spiegeluntersuchungen mit künstlichem Lichte als geradezu unübertreffliche Lichtquelle zu verwenden ist (so dass ich sie jeder anderen Lampe vorziehe, seitdem ich ihre Bekanntschaft gemacht habe) wird von der Berliner Firma Schmidt & Haensch (Stallschreiberstrasse, 4) zum Preise von 17 M. abgegeben.

Arbeiten aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilis des Prof. Neisser zu Breslau.

LI.[1])

Zur Injectionsbehandlung der acuten Gonorrhöe.

Von

Dr. L. Friedheim.
(Bisher in Breslau, z. Z. Assistent an der medicin. Universitäts-Poliklinik in Leipzig.)

Die Behandlung der acuten Gonorrhöe wird auf der Breslauer dermatologischen Klinik seit Jahren von dem Gesichtspunkte aus geleitet, die Gonorrhöe in diesem ersten Stadium zu heilen. Die Behandlung beginnt demgemäss möglichst zeitig und stets mit solchen Mitteln, welche die Krankheitserreger mit Sicherheit vernichten.

Die Auswahl dieser Mittel aber ist beschränkt durch den weiteren Gesichtspunkt, dass die Gonococcen in der Schleimhaut leben und durch Läsionen dieser Schleimhaut nicht artificiell zu Stande kommen dürfen.

Ferner aber ist zu berücksichtigen, dass lebhafte entzündliche Hyperämie und Transsudation an sich bessere Lebens- und Wachsthumsbedingungen für die Gonococcen schaffen.

So wird denn für die ersten acuten eitrigen Stadien dasjenige Mittel das geeigneteste sein, welches

1. Gonococcen tödtet;

[1]) L. — Neisser, Ueber die verschiedenen mercuriellen Methoden der Syphilistherapie. Erfahrungen aus der Klinik. — Klinisches Jahrbuch, I. Bd., Berlin 1889, pag. 224.

2. das Schleimhautgewebe nicht zerstört;

3. auch die entzündlichen Erscheinungen, wenn nicht mindert, so doch sicher nicht steigert.

Im subacuten Stadium freilich, wo trotz des Nachlassens der entzündlichen Erscheinungen oft noch massenhaft Gonococcen auf und in dem Epithel vorhanden sind, ist man oft genöthigt, durch eine vorübergehende Steigerung der Transsudation und eitrigen Exsudation die Herausbeförderung der Gonococcen aus den Geweben zu unterstützen.

Ein weiterer Gesichtspunkt ist die durch eine Anregung der Epitheldesquamation beförderte mechanische Elimination der Gonococcen.

Die Beziehungen der Gonococcen zu dem Gewebe sind wechselseitige: die Gonococcen erregen die Entzündung der Schleimhaut, aber umgekehrt Entzündung und Eiterung begünstigen auch das Gonococcenwachsthum — und so werden die Mittel: Antiphlogisticum, Adstringentien, welche die entzündlichen Erscheinungen an sich mindern, auch Hilfsmittel für die Beseitigung des gonorrhoischen Processes sein, aber sie werden stets Hilfsmittel bleiben neben den gonococcentödtenden Mitteln; das antiparasitäre Princip wird stets das erste und wesentlichste sein müssen.

Auf alle weiteren Ausführungen verzichte ich an dieser Stelle, der auf dem Prager Congress gehaltene ausführliche Vortrag des Herrn Prof. Neisser hat diese und weitere Gesichtspunkte genügend dargelegt.

Wir suchten demgemäss den Werth der verschiedenen Injectionsmittel demnach zu beurtheilen, inwiefern sie

1. gonococcentödtend;
2. die Entzündung beeinflussend und
3. desquamativ wirkten.

Die subjectiven Empfindungen gaben namentlich für die zweite Frage neben dem mehr oder weniger eitrigen Charakter des Ausflusses einen wichtigen Anhaltspunkt.

Calomel, Hydrarg. formamid., Hydrarg. salicyl., Sublimat.

Von diesen Gesichtspunkten aus sind zunächst aus der Reihe der Quecksilberverbindungen Calomel und Subli-

mat, Hydrarg. formamid. und salicyl. eingehend geprüft worden. Zur Beobachtung überhaupt wurden theils frische (unbehandelte), theils bisher erfolglos behandelte, reichlich Gonococcen haltende Fälle gewählt; die Zeitdauer der einzelnen Injectionen, welche meist dreimal täglich wiederholt wurden, betrug durchschnittlich 3 Minuten, ab und zu kürzere oder auch längere Zeit. Das Injectionsquantum betrug mindestens 5 Ccm.

Die Untersuchung der mit Methylenblau gefärbten Präparate geschah stets mehrere Tage und mindestens deren drei hintereinander, selbstverständlich mit Oelimmersion. Das Secret wurde nur nach mehrstündiger Urinretention mit geglühter Platinnadel aus der Tiefe der Urethra herausgenommen und zwar bei spärlichem Ausfluss unter gleichzeitigen, leicht schabenden und kratzenden Bewegungen des Instrumentes auf der Oberfläche der Schleimhaut.

Das von Szadek[1]) empfohlene und von ihm bei Gonorrhöe in einem Verhältniss von 0·1:250·0 verwandte Hydrarg. salicyl. wurde in einer nach v. Heyden's Angaben bereiteten Lösung von

Hydrarg. salicyl. 1·0
Natr. chlor. 1·7
Aq. destill. 270·0

in neunundzwanzig Fällen injicirt.

In sieben dieser Fälle blieb eine Beeinflussung der Gonococcen nach selbst vierzehntägigem Gebrauche aus, in zweiundzwanzig anderen hingegen war sie deutlich vorhanden und zwar in der Mehrzahl der Fälle schon in der ersten Woche, vom vierten Tage der Behandlung an.

Der Ausfluss wurde dünner und verlor an Purulenz; unter gleichzeitiger Zunahme an Epithelzellen schwand seine Menge bis zum Aufhören der Secretion überhaupt mehr und mehr. Reizerscheinungen, Schmerzhaftigkeit beim Uriniren, Brennen innerhalb der Harnröhre bis zu ihren hinteren Abschnitten, Erhöhung des Harndranges traten nur in vereinzelten Fällen und in ziemlich rasch vorübergehender Weise ein, ohne je eine Unterbrechung der Behandlung zu indiciren.

---

[1]) cf. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 10.

Das Calomel wurde nach einer früheren Versuchsreihe von schwächeren Injectionen, welche die Gonococcen fast unbeeinflusst liessen, in zehnprocentigen Suspensionen mit Zusatz von 2·5 Natr. chlor. bei fünfundzwanzig Kranken, das Hydrarg. formamid. wurde in Lösungen von 1:1000 bis zu 1:10000 bei sechsundzwanzig Kranken angewandt.

Gegenüber dem Calomel verhielten sich die Gonococcen in vierzehn Fällen durchaus resistent; sichere und dauerhafte Resultate waren nur zweimal zu verzeichnen, so dass diese Kranken je in der fünften und je in der sechsten Woche der Behandlung und in der zweiten Woche weiterer Beobachtung, also sechs und sieben Wochen nach Einleitung der Therapie geheilt entlassen werden konnten. Im Ganzen schwanden die Gonococcen in den ersten Tagen der Behandlung zwar gar nicht selten aus dem Secret, kehrten aber regelmässig nach kurzen Pausen der Behandlung wieder. Nach der antibacteriellen Seite hin entbehrte also das Mittel in seiner Wirkung der nöthigen Dauerhaftigkeit; die Sublimatbildung scheint nur sehr langsam von Statten zu gehen.

Der Zusatz des Cl Na bewirkt zwar schon in der Suspension die Bildung sehr geringer Sublimatmengen, geschah aber hauptsächlich aus dem Grunde, um die in einfachem Wasser unmögliche feine Suspendirung des Calomel zu ermöglichen.

Das Hydrarg. formamid. liess eine Beeinflussung der Gonococcen in Fällen, die mit den schwächeren Lösungen behandelt waren, constatiren.

In allen übrigen Fällen konnte wegen hochgradiger Reizerscheinungen, welche das Mittel bis zu Unterbrechungen der Behandlung selbst hervorrief, von einer systematischen mikroskopischen Controle nicht die Rede sein. Auch in jenen sieben Fällen wurde die Behandlung nicht ohne heftigere Klagen von Seiten der Kranken über Schmerzen und Brennen nach den Einspritzungen fortgeführt.

Reizerscheinungen so hochgradiger Intensität wurden beim Calomel nicht beobachtet.

Die Secretion veränderte sich unter den Calomelinjectionen nur wenig: von der dritten Woche an nahm die Eiterkörpermenge langsam ab, ohne aber einer stärkeren epithelialen Desquamation Platz zu machen, und auch eine quantitative Verminderung war

am Ausfluss nur ganz allmälig wahrnehmbar; von einer starken und entschiedenen Abnahme der Secretion wie bei anderen pulverhaltigen Injectionen war hier nichts zu sehen.

Beim Formamidquecksilber also kräftigere antibacterielle Wirksamkeit, die sich leider in allen Fällen mit mehr oder minder heftigen Reizerscheinungen von Seiten der Schleimhaut, Schmerzhaftigkeit, Harndrang, profuser Secretion u. s. f. vereint, beim Calomel eine weniger stürmische Beeinflussung der Schleimhaut, jedoch unstäteres, flüchtigeres antiparasitäres Vermögen!

Beim Salicylquecksilber in einer grösseren Zahl der Fälle eine — wie hier betont werden soll — andauernde Beseitigung der Gonococcen unter selteneren und vorübergehenden Reizsymptomen der Schleimhaut!

Das Sublimat wurde von Leistikow, Podres, van der Poel und Bourgeois als Abortivum empfohlen und zwar theils in Injectionen von 1:20000 bis zu 1:2000, theils in Irrigationen von 1:40000 bis zu 1:20000.

Obwohl eine Bedeutung des Sublimat für abortive Zwecke durch Morrow und Tommasoli ganz energisch bestritten wurde, gewann es trotzdem in der Gonorrhöetherapie eine grosse Beliebtheit und Verbreitung.

Von uns wurde das Sublimat theils in einfachen Lösungen von 1:30000 bis zu 1:10000 mit und ohne Zusatz von Chlornatrium,

theils als einhalb bis ein Procent Pferdeblutserum-Kochsalzsublimat nach Bockhart, theils endlich in den sauren Lösungen nach Laplace angewandt.

Abortive Zwecke im Sinne obiger Autoren, welche die Krankheit durch wenige Einspritzungen coupiren wollten, wurden hier nie verfolgt. Da es sich dort um eine Methode handelt, deren Wirksamkeit wegen der raschen Tiefenwanderung der Gonococcen sehr zweifelhaft erscheint, so haben wir stets von sehr hohen Concentrationen abgesehen und wählten sie nicht stärker als wir für die Vernichtung der Gonococcen nothwendig erachteten.

Das Maximum der Concentration enthielten Injectionen von 1 : 10000. Neunundzwanzig Kranke wurden mit Injectionen von 1:10000 bis zu 1:15000 behandelt, und derartig intensiv waren noch hier die Reizsymptome von Seiten der Schleimhaut, anhaltende Schmerzen, die sich auf der Höhe der Injection selbst, bis zur Unerträglichkeit steigerten, fort und fort sich wiederholender Harndrang, blutig verfärbter Urin, ödematöse Schwellungen des Präputiums, der Urethrallippen, der Glans u. s. f., dass die Behandlung vierzehnmal unterbrochen und elfmal dauernd sistirt werden musste.

Weitere neunundzwanzig Fälle wurden mit Injectionen von 1:20000 behandelt; hier kam es nicht zu einer Unterbrechung oder Sistirung der begonnenen Therapie; ganz schmerzlos waren aber auch diese Injectionen in der Regel nicht.

Gemildert wurden die irritativen Nebenwirkungen dieser Injectionen durch Chlornatrium, das in der zehnfachen Menge des Sublimats zugesetzt wurde; sie wurden fast durchaus vermieden durch die sauren Sublimatinjectionen und durch diejenigen von Pferdeblutserum-Kochsalzsublimat, welche gleich den kochsalzhaltigen die Eiweissfällung verhindern.

Aber es schwand hier auch zugleich die Intensität ihrer antibacteriellen Wirksamkeit.

Durch das Blutserum-Kochsalzsublimat wurden die Gonococcen unter zwölf Fällen nur einmal und auch hier nur vorübergehend flüchtig beeinflusst; durch die mit Acid. tartar. angesäuerten Sublimatlösungen von 1:20000 wurden unter vierzehn Fällen viermal an zwei aufeinanderfolgenden Tagen, aber auch leider nicht länger, positive Resultate verzeichnet.

Gegenüber den Gonococcen sind die sauren Injectionen vielleicht den Pferdeblutserum-Kochsalzsublimat-Injectionen überlegen, den einfachen Sublimatinjectionen, deren irritative Eigenschaften sie nicht theilen, stehen sie aber hierin ganz entschieden nach.

In dieser Beziehung wird Wesentliches überhaupt nur durch einfache Sublimatinjectionen geleistet, obwohl die Zahlenverhältnisse wegen oftmaliger Unterbrechung der Behandlung hier nicht recht günstig erscheinen.

Unter neunundzwanzig Fällen, die mit Injectionen von 1:10000 bis 1:15000 behandelt waren, liess sich an fünfzehn Kran-

ken, welche die Behandlung ertrugen, eine Beeinflussung der Gonococcen zehnmal sicher und deutlich constatiren; unter weiteren neunundzwanzig Fällen, die Injectionen von 1:20000 erhielten, liess sich eine solche unzweifelhaft sechzehnmal verzeichnen; in weiteren fünf Fällen waren die Erfolge nicht ganz klar, da Präparate nur in grösseren Zwischenräumen genommen werden konnten.

Was den raschen Eintritt der antiparasitären Wirkung betrifft, so existirt unter den nach dieser Richtung hin erprobten Mitteln keines, das die Gonococcen an der Oberfläche schneller vernichtet, als Sublimat in Lösungen von 1:30000; bereits nach der zehnten Injection schwanden die Gonococcen in einer grösseren Zahl von Fällen am dritten und am vierten Tage der Behandlung aus dem Secret und wurden innerhalb einer wochenlang fortgesetzten Therapie fast immer anhaltend, Tag für Tag vermisst.

Fast in allen absichtlich eingeleiteten Behandlungspausen jedoch erschienen selbst noch in der zweiten und dritten Woche der Behandlung die Gonococcen beinahe regelmässig nach zwölf bis höchstens vierundzwanzig Stunden in Massen wieder. Eine anatomische tiefer greifende Wirkung, die seinem antiparasitären Vermögen eine grössere Tenacität verleihen würde, scheint also dem Sublimat zu fehlen.

Das ist aber — worauf ich hier nur kurz eingehen will — die Hauptsache, dass ein Mittel ohne weitere Reizung der Schleimhaut eine wochenlang anhaltende Eiterung der Schleimhaut unterhält, welche dem Secret immer wieder gonococcenhaltige Eiterkörper zuführt und schliesslich zu dem Stadium der epithelialen Desquamation überleitet.

Beim Sublimat aber wird entweder der Ausfluss ziemlich schnell dünn-serös (Transsudation ohne Exsudation), oder es kommt mit und ohne stärkere Reizerscheinungen, welche die Behandlung sistiren können, zu einer geradezu profusen Eiterung, oder es verschwindet der Ausfluss überhaupt auffallend rasch, so dass der Kranke in ein Latenzstadium der acuten Gonorrhöe übertritt, das eine Heilung vortäuschen kann.

Im Grossen und Ganzen verhält sich das Sublimat in stark

verdünnten Injectionen der Schleimhaut gegenüber wie ein Adstringens, in höheren Concentrationen wie ein Aetzmittel.

Desquamativ wirkt es nur in Fällen, wo es hochgradigere Irritationszustände auf der Schleimhaut erzeugt, und zwar stösst es dann zuweilen ganze Epithellager von der Schleimhaut ab.

Die kochsalz- und säurehaltigen, die Pferdeblutserum-Kochsalzsublimat-Injectionen in ihrer milderen Beeinflussung der Schleimhaut wirken verdünnend auf das Secret ein; seine Menge verringern sie nur langsam; die Epithelzellen lassen sie intact.

Am geeignetsten von Hg-Präparaten erscheint das Salicyl-Quecksilber, welches zwar langsamer, aber dafür sicherer und anhaltender seine antibacterielle Wirkung entfaltet.

Zink, Blei, Tannin.

Eine andere Gruppe untereinander sehr nahestehender Injectionsmittel bilden die Zink-, Blei-, Tanninpräparate, mit denen eine ausserordentlich grosse Zahl von Fällen behandelt worden ist.

Ganz abgesehen von denjenigen Kranken, welche im subacuten Stadium — nach vorausgehender Zinkbehandlung in unsere Behandlung kamen — erhielten zur Bestätigung früherer Resultate noch ganz neuerdings siebenundzwanzig frische acute Fälle Zinkinjectionen, d. h. einviertel- bis einhalbprocentige Lösungen von Zinc. sulf. u. Zinc. sulfo-carbol., fünfprocentige Suspensionen von Flor. Zinc. und Zinc. oxyd. pur.

In vier Fällen trat eine Beeinflussung der Gonococcen hervor, um rasch vorüberzugehen und spätestens am dritten Tage wieder zu verschwinden.

Dieses Verhältniss im Kleinen wiederholte sich ferner bei allen früheren Zinkbehandlungen im Grossen, es wiederholte sich ferner bei den Blei- und Tannininjectionen, die in allen möglichen Combinationen mit einander und mit den Zinkpräparaten gegeben worden sind.

Der antibacterielle Erfolg dieser Präparate ist als ein absolut negativer zu bezeichnen, eine Thatsache, die auf das Schlagendste beweist, dass ein Adstringens eben an und für sich noch kein gonococcentödtendes Mittel ist, einer Ver-

nichtung der Gonococcen aber zur Heilung von acuten Gonorrhöen es durchaus und unter allen Umständen bedarf.

Bismuth. subnitr., Bismuth. salicyl.

Mehr glaubten wir von dem salpetersauren Wismuth, besonders nach den Erfahrungen, welche auf Kocher's Empfehlung hin die chirurgische Antisepsis gemacht hatte, erwarten zu dürfen. Freilich hatte auch schon Kocher weniger die bacterientödtende, als die secretionsherabsetzende und daher Bacterienansiedlung erschwerende Eigenschaft des Wismuth betont.

Die Wirkungen der Wismuthinjectionen sind jedenfalls nicht blos mechanische, gleichsam auf der „Bepulverung“ der Harnröhre beruhende, sondern auch chemische, bedingt durch die Spuren von Salpetersäure, welche sich aus dem Bismuth. subnitr. in jeder Flüssigkeit abscheiden.

Thatsächlich reagirt die Schleimhaut als solche auf das salpetersaure Wismuth in einer sehr ähnlichen Weise wie auf Zink, Blei und Tannin, d. h.: schnelle und auffallende Verminderung der Ausflussmenge, Verdünnung des Secrets, Herabsetzung seines Eiterkörpergehaltes;

durch sehr stark verdünnte Injectionen günstige und schmerzlindernde Beeinflussung von Reizsymptomen der Schleimhaut;

durch stärkere, die in der Regel nicht schmerzlos sind, Lockerung, Abschilferung von Epithelzellen, Ueberführung derselben in ein spärliches helles, fast wässeriges Secret, das unter längerer, nicht selten auch kürzerer Zink-, Blei-, Tanninbehandlung verschwinden kann!

Eine besondere Stellung nimmt das Wismuth nur insofern ein, als es neben der etwas grösseren antibacteriellen Wirkung — sehr viel schneller ein sehr geringes und eigenthümlich glasiges Secret zu Wege bringt.

Die unter dieser Behandlung beobachteten unangenehm prickelnden, oft genug schmerzhaften Empfindungen lassen sich auf mechanische Gründe zurückführen, auf die spitzige Form der Krystalle, welche der Schleimhaut aufgelagert sind und bei jeder Bewegung des Penis selbst ganz ausserordentlich irritiren können.

Wegen dieser Unannehmlichkeiten wählen wir bei den Zink-

präparaten statt des krystallinischen Zinc. oxyd. purum die — auf flüchtigem Wege hergestellten — Flores Zinci.

Zu starken Reizerscheinungen führten die Injectionen mit dem salicylsauren Wismuth.

Weder mit vierprocentigen noch mit zehnprocentigen Injectionen liessen sich hier antibacterielle Erfolge erzielen; wohl aber machten unangenehme Nebenwirkungen auf die Schleimhaut, zu denen die günstigen Eigenschaften des salpetersauren Wismuth in nur geringem Grade hinzutraten, eine weitere Anwendung des Mittels nicht gerade empfehlenswerth.

So sind denn alle diese Präparate gewiss für die chronische (nicht mehr gonorrhoische) Urethritis, für die Endstadien der acuten Gonorrhöe ganz vorzüglich geeignet. Für die acuten gonorrhoischen Formen sind sie unserer Ansicht nach zum mindesten unbrauchbar, und nur der Vernachlässigung der mikroskopischen Controle danken diese Mittel ihre bisherige bevorzugte Stellung in der Gonorrhöe-Therapie.

Sie sind sogar gefährlich, und zwar besteht diese Gefahr erstens in der Möglichkeit, dass der Injectionsstrahl noch infections- und proliferationsfähige Mikroorganismen den hinteren Abschnitten der Urethra mindestens sehr nahe bringt, also mechanisch eine Gefahr für den Eintritt der Complicationen, speciell der Epididymitis erzeugt, sie besteht zweitens darin, dass weil nur die erkrankte Schleimhaut unter einer derartigen Injectionstherapie, nicht aber die specifischen Krankheitserreger beeinflusst werden, dass dadurch die Verminderung der Secretion, das Verschwinden des Ausflusses Heilungen vortäuscht, während es sich nur um Latenzstadien der Gonorrhöe handelt.

Die genannten Injectionen sind also werthvolle Mittel für bestimmte Stadien der Gonorrhöe, für eine bestimmte Beeinflussung der Schleimhaut, aber sie sind keine Trippermittel für sich allein, sie behandeln nicht die Krankheit, sondern nur einzelne Symptome.

Kal. hypermangan.

Das Kal. hypermang. von Bourgeois, Carazzi, von Zeissl u. A. sehr warm empfohlen, zeigte in einer Versuchsreihe bei einer Concentration zwischen 1:5000 und 1:3000 eine unverkennbare Beeinflussung der Gonococcen, die freilich — ebenso

wie die Sublimatwirkung — wenig nachhaltig, bei stärkeren — sicher antibacteriell wirkenden — Concentrationen von unangenehmen Reizungserscheinungen begleitet war, so dass die Behauptung von Bourgeois, dass Kal. hypermang. die Coccen tödten soll, ohne die Schleimhaut zu irritiren, nicht unterschrieben werden kann.

Die Gonococcen wurden in siebzehn Fällen sechsmal zweifellos beeinflusst und wurden ausserdem in drei weiteren Präparaten von Kranken, die nach Gebrauch der Injectionen indessen nur je einmal hieraufhin untersucht werden konnten, vermisst.

Der Ausfluss wurde unter Injectionen von Kal. hypermang. entschieden verdünnt, verlor auch deutlich an Eiterkörpergehalt, nahm aber an Menge nur langsam ab. Eine bemerkenswerthe Desquamirung der Epithelzellen trat in keinem der behandelten Fälle deutlich hervor.

Acid. nitr.

Eine Behandlung mit dünnen wässerigen Lösungen von Acid. nitr. einhalb bis eines pro mille wurde auf zwölf Kranke beschränkt, da nur in zwei dieser Fälle die Gonococcenbefunde vorübergehend sich veränderten. Die Reaction der Schleimhaut war zwar ohne stärkere Reizerscheinungen, jedoch schwankend, indem der nach einer Woche bereits spärlich gewordene Ausfluss ohne nachweisbare Ursache wieder purulent wurde.

Acid. pyrogall.

Aehnlich verhielten sich die Gonococcen gegenüber der Pyrogallussäure, von der vierprocentige Injectionen nur in zwei Fällen nach sehr langem Gebrauch Erfolge erzielten. In sieben anderen Fällen hingegen traten die Gonococcen noch nach vierwöchentlichem fortgesetzten Gebrauch wieder auf. Auf die Schleimhaut wirkt die Pyrogallussäure, ohne zu einer stärkeren Desquamation der Epithelzellen anzuregen, selbst in zweiprocentigen Injectionen ziemlich stark reizend ein.

Chloroformwasser, Jodoformöl, Creosot-Kamillenthee.

Das Chloroformwasser, das Jodoformöl (in verschiedenen Concentrationsgraden), und der einprocentige Creosot-Ka-

millenthee, gaben sehr unzuverlässige Resultate gegenüber den Gonococcen.

Irritationserscheinungen der Schleimhaut, die sich bis zur Nothwendigkeit der Unterbrechung der Behandlung steigerten, traten besonders unter den zuerst und auch zuletzt genannten Injectionen am häufigsten und am störendsten auf.

Borsäure, essigsaure Thonerde, Antipyrin, Resorcin, salicylsaures Natron.

Gegen die Entzündungserscheinungen der Schleimhaut haben sich am besten die Borsäure, das Antipyrin und die essigsaure Thonerde, in zweiter Linie das Resorcin und salicylsaure Natron bewährt.

Die Resorcininjectionen, welche Andeer, Munnich, L. Hoffmann, Lychowski u. A. rühmten, wurden zwei-, drei-, vierprocentig, am häufigsten in einem Verhältniss von 5:180 in zweiundzwanzig Fällen angewandt und ausnahmslos gut vertragen; vom salicylsauren Natron, das in fünf- bis zwanzigprocentigen Injectionen von sechsundzwanzig Kranken gebraucht worden ist, gilt in der letzterwähnten Beziehung das Gleiche: die Injectionen wurden als sehr wohlthuend, hier und da selbst als schmerzlindernd empfunden.

Der Ausfluss verlor in manchen Fällen rasch an Purulenz und in allerdings geringerem Masse auch an Menge. Das Secret wurde unter längerem Gebrauch von salicylsaurem Natron deutlich epithelial, aber die antibacteriellen Wirkungen waren durchaus nicht zufriedenstellend, weil inconstant und nicht anhaltend (bei Resorcinbehandlung dreimal, bei salicylsaurem Natron fünfmal zu constatiren).

Die Hoffnungen, welche Herr Professor Neisser früher[1]) an das salicylsaure Natron (mindestens fünfprocentig) geknüpft hat, haben sich aber nicht erfüllt; als alleiniges Anti-Gonorrhoicum ist es nicht zu gebrauchen.

Der ausserordentlich günstige Einfluss der essigsauren Thonerde und der Borsäure auf acute Entzündungsprocesse der äusseren Haut, gewisse Eczemformen u. s. f., äussert sich

---

[1]) cf. Tageblatt der Naturforscher-Versammlung zu Strassburg 1885.

auch in der Urethra in vortheilhafter Weise, und zwar ist es namentlich die Borsäure, welche die rein entzündungswidrigen Vorzüge in dieser Gruppe von Injectionsmitteln am glänzendsten entfaltet, erst in zweiter Reihe kommt die essigsaure Thonerde und das Antipyrin. Wir verwenden also die Borsäure in 4procentiger Lösung als schmerz- und reizlinderndes Mittel, sowohl für die durch die Gonorrhöe selbst, als auch für die durch die gonococcentödtenden Mittel hin und wieder hervorgerufenen Reizerscheinungen, in letzteren Fällen neben jenen. Allein aber reicht sie für die Behandlung acuter Gonorrhöen sicherlich nicht aus, denn sie hat keinerlei antibacterielle Kraft.

Das Antipyrin in drei- bis sechsprocentigen und die essigsaure Thonerde in fünf- bis zwanzigprocentigen Injectionen verhalten sich nach der antiphlogistischen Seite hin ähnlich wie die Borsäure, besitzen nach der antibacteriellen und — gleich dem Natrium salicyl. — desquamativen Seite hin Vorzüge vor der Borsäure. Zwanzig mit Antipyrin behandelte Kranke gaben allerdings nur drei, zweiundzwanzig mit essigsaurer Thonerde behandelte gaben hingegen acht positive Resultate.

Die essigsaure Thonerde kann demnach allerdings als antibacterielles Mittel Besseres leisten, doch verbieten die bei einer stärkeren Lösung auftretenden Reizerscheinungen die Anwendung derselben.

Der Ausfluss wurde durch alle fünf Mittel, wenn sie innerhalb einer gewissen Concentrationsgrenze gegeben wurden, in sehr übereinstimmender Weise beeinflusst, und speciell — wie oben bereits erwähnt wurde — weniger energisch seine Menge als seine Purulenz herabgesetzt.

Auf die Desquamirung der Epithelzellen wirkten nur die essigsaure Thonerde, das salicylsaure Natron und das Antipyrin ein.

Kalkwasser, Naphthol, Sozojodol-Kalium, -Natrium, -Zink.

Die Desquamation der Epithelzellen unterstützten am lebhaftesten unter gleichzeitiger Herabsetzung der Ausflussmenge und Beeinflussung der Gonococcen

die Kalk- und Naphtholinjectionen, sowie diejenigen von Sozojodol-Kalium, -Natrium und -Zink, und zwar

Kalk 30:90, 40:60 und mit Wasser āā, auch pur und mit Zusatz von Thymol oder Carbol, Naphthol 0·1—1:100 und die Sozojodolverbindungen in einem Verhältniss von 1:270.

Reizerscheinungen traten nirgends ein, und der Ausfluss verlor deutlich an Purulenz und auch, namentlich unter der Sozojodolbehandlung an Menge.

Gegenüber den Gonococcen leistete Naphthol das wenigste, in desquamativer Beziehung hingegen wiederum das meiste unter den drei Mitteln.

Von zwölf Kranken, die mit einprocentigen Carbolkalkinjectionen behandelt wurden, waren viermal, von zweiunddreissig Kranken, welche die Sozojodolverbindungen anwandten, waren siebenmal, und von zwanzig Kranken, welche das Naphthol gebrauchten, waren zweimal positive Resultate zu verzeichnen. Die Carbolkalkinjectionen erwiesen sich also nach dieser Richtung hin am wirksamsten; alle drei Mittel überhaupt sind für die zweite Hälfte der Behandlung in Fällen von acuter Gonorrhöe von grossem therapeutischen Werthe.

Creolin, Natrium fluorsilic.

Das Creolin und das Natrium fluorsilicat. sind Mittel, welche in Concentrationen, die ein beträchtlicheres antiparasitäres Vermögen besitzen, auf der Schleimhaut zu heftige Irritationszustände herbeiführen, um für eine ausgiebigere Verwendung sich eignen zu können; am heftigsten traten dieselben auf nach Injectionen des Natrium fluorsilicat. von ein Viertel Procent an, so dass in Folge des Harndrangs, der Schmerzen, der ödematösen Schwellungen an Präput., Glans und Orific. urethr., sowie der profus zunehmenden dünn-serösen, fleischwasserähnlichen Secretion die Einspritzungen oft schon am Ende des ersten, sicher aber im Verlauf des zweiten Tages der Behandlung sistirt werden mussten.

Aehnliche Erscheinungen rief das Creolin hervor, das in höchstens einprocentigen Injectionen von der Schleimhaut vertragen wird.

Die Veränderungen der Gonococcenbefunde liessen sich dort wie hier wegen Unterbrechungen der Injectionen kaum sicher verfolgen.

Aehnlich starke Reizwirkungen treten durch das Creolin auch bei Blasenausspülungen ein.

Ueber die Chromsäure kann ich directe Zahlenangaben nicht machen; aber Herr Professor Neisser, welcher auf Grund von — mit Culturen angestellten — Desinfectionsversuchen Chromsäure schon in Lösungen von 1 : 5000 als ungemein wirksam gegen Diplococcen fand, berichtete mir, dass aus ähnlichen Gründen wie die oben erwähnten Mittel, die Chromsäure für die Harnröhrenbehandlung unbrauchbar war; sie wirkte zwar sicher gonococcentödtend, aber unter Bildung eines profusen fleischwasserähnlichen Secrets so reizend, dass die Behandlung fast regelmässig unterbrochen werden musste.

Natrium chloroborosum.

Mit Natrium chloroborosum[1]) wurden zweiunddreissig Kranke behandelt. Von fünfprocentigen Injectionen an begannen die Gonococcen unter der Behandlung zu schwinden, bis unter dem Gebrauch von unfiltrirten siebenprocentigen Suspensionen die Resultate deutlich wurden, indem hier unter achtzehn Fällen dreizehnmal der Erfolg positiv war.

Reizerscheinungen traten niemals ein; der Ausfluss war nach einer länger andauernden Purulenz durch ein kurzes seröses Stadium hindurch in ein mehr epitheliales übergeführt; die Gonococcen wurden nach mehrfachen Unterbrechungen der Behandlung wiederholt vermisst.

Borax—Borsäure.

Borax-Borsäure-Injectionen[2]) haben nur spärliche antibacterielle Resultate ergeben. Von neun Kranken blieben nur bei einem die Gonococcen fort. Die Secretion zeigte gleichfalls keine irgendwie charakteristische Veränderung, weder in Bezug auf Masse, noch auf ihren Eiter- oder Epithelzellengehalt.

---

[1]) Bezogen aus der chemischen Fabrik von N. Schuchardt Görlitz.

[2]) Die Lösung war bereitet nach der Vorschrift von Sehlen's (Centralblatt für Bacteriologie 1885, Bd. IV. pag. 689); acht Procent Borax werden in heissem Wasser gelöst, zwölf Procent Borsäure zugesetzt und schliesslich noch vier Procent Borax hinzugefügt.

Rotter'sche Lösung.

Mit der Rotter'schen Lösung[1]), die sich aus einer ganzen Reihe stark desinficirender Mittel zusammensetzt, und zwar ebensowohl mit starker als schwacher Injectionslösung wurden vierunddreissig Kranke behandelt. Die Gonococcen verschwanden dauernd in zweiundzwanzig Fällen nach permanentem mehrwöchentlichen Gebrauch.

Es handelt sich um ein ziemlich stark reizendes und daher zu reichlicher Absonderung leicht anregendes, wenig desquamirendes Mittel.

Die starke Lösung indicirte in einem Falle eine Unterbrechung der Behandlung. Die schwächeren Lösungen sind allerdings wenig reizend, aber auch nicht genügend und nicht sicher antibacteriell.

Thallin. sulfur., Thallin. tartar.

Das von Kreis und Goll ·pfohlene Thallin gab gleich dem Natrium chlorobos. erst von ·ıfprocentigen Injectionen an deutliche antibacterielle Resultate, un. zwar

Thallin. sulfur. unter sechzehn Fällen dreimal,

Thallin. tartar. unter elf Fällen zweimal

und in unfiltrirten siebenprocentigen Suspensionen unter zehn Fällen fünfmal und unter elf Fällen sechsmal.

Diese siebenprocentigen Suspensionen irritiren die Schleimhaut ebensowenig wie das Natrium chloroboros., ja sie besitzen einen gewissen entzündungswidrigen Einfluss. Den Ausfluss verdünnen sie und verringern seine Menge; die epitheliale Desquamation wird nach längerem Gebrauch gleichfalls angeregt. Ihr antibacterielles Vermögen stellt sie dem Sublimat, dem Salicylquecksilber und dem Natrium chloroboros. an die Seite.

Auf Grund sowohl ihrer gonococcentödtenden Kraft als ihrer Schleimhautwirkungen zeigen sie eine ganze Reihe schätzenswerthester Eigenschaften in sich ver-

---

[1]) cf. Die Veröffentlichungen Rotter's in dem Centralblatt für Chirurgie, der Münchener med. Wochenschr. etc.

„Schwache Rotter'sche Lösung" wurde durch Auflösen einer Pastille in einem Viertelliter, die starke durch Auflösen zweier Pastillen in derselben Menge Wasser angefertigt.

einigt, deren ausgiebigere Verwendung der hohe Preis des Mittels in bedauerlicher Weise verhindert.

Einige mit Wasserstoffsuperoxyd und mit Mischungen von Jodkalilösungen und Wasserstoffsuperoxyd (zur Bildung von freiem Jod) angestellte Versuche wurden, da sie nach keiner Richtung hin verwerthbare Resultate ergaben, sehr bald abgebrochen.

Arg. nitr. und Arg. natro-subsulfuros.

Auf die antiseptische Bedeutung des Arg. nitr. ist vor Jahren bereits hingewiesen worden; die systematische Verwendung hingegen, respective Wiedereinführung dieses von jeher den Aerzten bekannten Mittels in die Gonorrhöetherapie, geschah auf die Anregung Neisser's. In Breslau ist das Mittel seit Jahren in ungezählten acuten Fällen der Hospitäler, wie der poliklinischen und privaten Praxis gebraucht worden; speciell liegen mir jetzt 318 Fälle zur Berücksichtigung vor.

Eine antibacterielle Wirkung liess sich unter diesen 318 Fällen 237mal constatiren; in einundsiebzig Fällen trat dieselbe nicht ein oder blieb nach irgend einer Seite hin zweifelhaft. Diese Zahl von einundsiebzig mehr oder weniger negativen Fällen verliert aber an Bedeutung, weil das Arg. nitr. als das zuverlässigste Mittel weit mehr poliklinischen als klinischen Kranken verordnet worden ist, an welch' letzteren mehr die experimentellen Versuche mit den oben erwähnten Medicamenten vorgenommen wurden.

Die bekannten ungünstigen Verhältnisse bei ambulanten Patienten genügen, um die verhältnissmässig grosse Zahl von Misserfolgen zu erklären; auf der Station und in der Privatpraxis, in welcher Herr Professor Neisser fast ausschliesslich Argent. anwendet, waren die Resultate in der That weit günstiger.

Vergleichende Desinfectionsversuche, die 1882 und 1883 Professor Neisser speciell an Mikrococcen- und Diplococcenarten angestellt hat, hatten ihn überzeugt, dass unter den Desinficientien das Arg. nitr. in die allererste Reihe gehört; die Vermuthung, dass es Gonococcen zu tödten ausgezeichnet geeignet sei, hat sich in der praktischen Erfahrung vollkommen bewährt.

Auffallend bleibt jedenfalls, dass gerade das Argentum,

welches doch schon in den obersten Epithelschichten das Eiweiss durch Bildung von Silberalbuminaten zur Gerinnung bringt, einen so günstigen Einfluss auf den Ablauf der acuten Gonorrhöe ausübt; a priori könnte man erwarten, dass ein Medicament, welches das Epithel durchdringend, die in den tiefen Epithelschichten liegenden Gonococcen sicher erreicht, geeigneter sein müsste; ein solches Mittel, welches praktisch verwerthbar wäre, kennen wir aber vorderhand noch nicht.

Diese Verhältnisse sind um so weniger sicher zu beurtheilen, als wir über die Beziehungen der Gonococcen zum Epithel in chronischen Fällen überhaupt noch nichts wissen.

Auf die Schleimhaut wirkt das Arg. nitr. ganz verschieden ein: in stärkeren Concentrationen steigert es die Entzündung oder kann es eine solche hervorrufen, in einer genügenden Verdünnung beschränkt es die entzündlichen Processe, und zwar geschieht diese Beschränkung der Entzündung bei Lösungsverhältnissen, innerhalb deren eine gleichzeitige Vernichtung der Gonococcen zweifellos immer noch stattfindet. Die adstringirende und entzündungshemmende Wirkung des Arg. nitr. in geringer Concentration hat kürzlich Heinz (Virchow's Archiv, Bd. 116, 1889) experimentell an Thieren nachgewiesen.

Diese Versuche sind deswegen von besonderem Interesse, weil sie beweisen, dass trotz der durch die Eiweissfällung bedingten oberflächlichen Gerinnung doch noch in der Tiefe Veränderungen durch das Arg. nitr. bewirkt werden; welcher Art dieselben sind, ob sie mehr durch chemische oder mehr durch mechanische Einwirkungen bedingt werden, darüber lässt sich eine bestimmte Anschauung zur Zeit kaum aufstellen.

Das Arg. natro-subsulfuros., welches eine Eiweissfällung nicht gibt, zeigte sich schwächer in seinen antibacteriellen Wirkungen, indem es unter gleichen Concentrationsverhältnissen in fünfundzwanzig Fällen nur viermal die Gonococcen in ihrer Entwickelung schädigte.

Jedenfalls unterhält Arg. nitr. den Ausfluss ohne weitere Reizsymptome auffallend lange, allerdings in sehr mässigem Grade purulent, es gibt ihm, wenn der Kranke in einem etwas späteren Stadium zur Behandlung kommt (bei stärkerer Concentration), seine Purulenz wieder.

Da es ausserdem nach längerer Application auch eine lebhaftere Desquamation der Epithelzellen anregt, so werden durch dieses Mittel wirklich alle Bedingungen erfüllt, die gefordert werden können: es tödtet die Gonococcen mit grosser Sicherheit überall, wo es dieselben antrifft; es ruft Verhältnisse hervor, durch welche die in der Schleimhaut eingenisteten Gonococcen seiner Wirkung zugänglich gemacht werden; es hilft dieselben durch ihre Beziehungen zu Eiterkörpern und Epithelzellen eliminiren und es vermindert zu starke Eiterung; den Ausfluss reducirt es schliesslich auf ein Minimum, welches — rein epithelialer Natur — so lange bestehen bleibt, als man überhaupt Argentum injicirt.

Allerdings wird das Secret dabei oft ausserordentlich gering, noch ehe der antibacterielle Erfolg ein mit Sicherheit definitiver und anhaltender geworden ist; lassen sich die Patienten dadurch trotz der ärztlichen Anordnung zu einer verfrühten Sistirung der Injectionen verleiten, so können Recidive eintreten; lässt man aber die Argentuminjectionen genügend lange fortsetzen, so erhält man jene oft vermisste Tenacität, welche neben dem Argentum nur noch allenfalls den Injectionen mit Thallin-Suspensionen, Natrium chloroborosum und Hydrarg. salicyl. zukommt.

Unser Vorgehen ist also folgendes: Wir beginnen die Behandlung jeder acuten Gonorrhöe sofort — wie das oben bereits kurz angedeutet wurde — mit Injectionen von Arg. nitr. in einer Concentration von 1 : 4000 bis höchstens 1 : 2000.

Auf die zur Ausführung nothwendigen Vorschriften (Reinigung der Spritze, leichte Zersetzbarkeit der Lösung u. s. w.) gehe ich an dieser Stelle natürlich nicht ein.

Wir wählen immer das Argentum, weil es trotz aller Versuche ein besseres Mittel zu finden, den ersten Platz auch dem Sublimat gegenüber zweifellos behauptet hat.

In den ersten Tagen wird der Ausfluss meist reichlicher, dicker und eitriger; sehr bald jedoch, gewöhnlich schon nach vier Tagen, vermindert sich das Secret, wird dünner, weisslicher, epithelialer. Die Gonococcen nehmen in auffallender Weise ab und können schon nach wenigen Tagen im Secret verschwinden.

Die vier- bis sechsmal pro die gemachten Injectionen können nur an Zahl vermindert werden, erst auf zwei, sodann auf eine pro Tag; für die ausfallenden Argentuminjectionen werden nun antiphlogistisch, adstringirend und desquamativ wirkende Mittel herangezogen: Borsäure, Zinkpräparate, schwache Lösungen von essigsaurer Thonerde. So tritt fast vollständiges Aufhören des Secrets ein; trotzdem lassen wir die Argentuminjectionen wenn auch nur einmal pro Tag, — noch viele Wochen hindurch anwenden.

Die hygienisch-diätetischen Vorschriften — Anfangs nach Möglichkeit durchgeführt — werden noch während der Fortsetzung der Argentumbehandlung bei Seite gelassen, um die durch ihre Vernachlässigung eventuell gesetzten Schädlichkeiten noch während der Zeit der Behandlung einwirken zu lassen.

Dass die Injectionen nur zur Behandlung der Gonorrhöe, der Pars anterior verwendet werden, bedarf hier wohl keiner besonderen Erwähnung.

Es ist selbstverständlich, dass es Fälle gibt, bei welchen wegen zu starker Empfindlichkeit selbst ganz schwache Injectionen unmöglich sind; namentlich betrifft das Patienten, welche schon häufig an Blasenhalskatarrhen — bei früheren Gonorrhöen — gelitten haben.

Auch sonst zufällige Complicationen können die Anwendung der Argentumlösung erschweren.

In solchen Fällen helfen wir uns entweder, indem wir die Zahl und Concentration der Argentuminjectionen herabsetzen, da ja Lösungen von 0·1:500·0 selbst noch beträchtliches antiparasitäres Vermögen besitzen, oder indem wir, wie oben bereits erwähnt, unmittelbar vor oder nach den Argentuminjectionen (vorzugsweise warme) Borsäure- und Antipyrininjectionen einfügen.

Sitz- und Vollbäder und Suppositorien können ebenfalls unterstützend wirken.

Sollte trotz dieser Modificationen und Hilfsmittel das Arg. nitr. nicht vertragen werden (auch in erwärmten Injectionen nicht), dann treten Hydrarg. salicyl., Natr. chloroboros. und Thallin, zeitweise nicht ohne Erfolg für dasselbe ein.

Erst wenn in wirklich recht seltenen Fällen keinerlei antibacterielle Injectionen mit keinerlei Hilfsmittel und in keinerlei

Modification, selbst nicht in Form von Irrigationen der Urethra ant. vertragen werden, nehmen wir unsere Zuflucht zu dem Gebrauch der inneren Mittel, welchen wir höchstens den Werth einer Unterstützung der antibacteriellen Injectionstherapie beimessen.

Von einer Beeinflussung der Gonococcen war trotz vielfacher Verwendung der Balsamica, der Cubeben, des Terpentin- und Gaultheriaöls, des Ol. Santal., von Cava-Cava, von Ichthyol und Creolin u. s. f. nur beim Gebrauch des Bals. copaiv. in grossen Dosen die Rede, der ohne gleichzeitige Injectionsbehandlung eine Reihe von günstigen Resultaten gab.

In vierzehn unter vierzig Fällen trat eine deutliche Einwirkung auf die Gonococcen hervor; die geringste Gabe, nach der sie sich zeigte, war eine solche von sechzehn Kapseln à 0·6, die zu acht pro die innerhalb zweier Tage gegeben worden war; die nächste betrug zwanzig in zwei Tagen, also zehn pro die.

Aber in anderen Fällen ergab selbst die Steigerung der Dosis bis zu zwölf Stück pro die — im Ganzen bis zu 200 — negative Resultate.

Eine Veränderung der Secretion findet stets übereinstimmend und prompt ohne Reizerscheinungen statt.

Purulenz und Menge des Secrets nimmt nach mehrtägigem reichlichen Gebrauch stets ab, aber, wie wiederholt werden muss, meist ohne entsprechende Beseitigung des Krankheitserregers. Es kommen auf diese Weise ähnlich wie bei den adstringirenden Injectionen Täuschungen nur gar zu leicht zu Stande, die den weiteren Krankheitsverlauf in sehr fataler Weise beeinflussen.

Rechnen wir dazu noch die oft trotz aller Vorsicht, Diät etc. nicht zu vermeidenden Magen- und Darmerscheinungen und die wenn auch seltener auftretenden Hauteruptionen, so bleibt unserer Ansicht nach für die Empfehlung des Mittels nicht viel Positives übrig; immerhin wird man in Fällen, wo eine locale antiparasitäre Behandlung absolut undurchführbar ist, mit Rücksicht auf die oben erwähnten Erfolge von dem Copaivbalsam Gebrauch machen müssen.

Alles das hingegen, was wir nach Gebrauch von Cubeben, Terpentin, Gaultheriaöl, Ichthyol, Creolin und Sandelöl, das schon 1879 und 1880 von Professor Neisser viel versucht worden ist,

gesehen haben, alles Dies war in Bezug auf die Secretion unwesentlich, uncharakteristisch und inconstant, in Bezug auf die Gonococcen gleich Null. Dass anderseits Kal. chlor., Fol. uv. urs., Natr. salicyl., Antipyrin und andere Mittel bei Behandlung von Blasenhalsreizung u. s. f. sich ausgezeichnet bewähren, bedarf kaum der Bestätigung.

Aus denselben Gründen, aus denen wir sofort nach Beginn der Erkrankung allerdings mit antiparasitären Injectionen die Behandlung der acuten Gonorrhöe beginnen, setzen wir dieselbe in unveränderter Weise auch nach dem Eintritt von Complicationen speciell der Epididymitis, im Gegensatz zu der bisher geübten Praxis fort.

An dieser Stelle aber soll in erster Reihe betont werden, dass die von uns postulirte sofortige antiparasitäre Behandlung auch geeignet ist, dem Eintreten der Complicationen am allersichersten vorzubeugen.

Schon Krecker hat in seiner Dissertation die diesbezüglichen Erfahrungen der Breslauer Klinik mitgetheilt.

Meine Zahlen beziehen sich auf die Zeit nach Abschluss der Krecker'schen Zusammenstellung.

Es ist in 1200 Fällen 164mal Epididymitis, darunter siebenundzwanzigmal mit Funiculitis constatirt worden.

Vor der Behandlung, respective vor dem Eintritt in die Klinik oder Poliklinik ausgebildet war die Epididymitis in 142 Fällen, es bleiben also nur zweiundzwanzig Fälle übrig, in denen die Epididymitis unter unserer Behandlung entstand (und zwar zweimal doppelseitig, fünfmal mit Funiculitis und einmal mit doppelseitiger Funiculitis gepaart).

Vierzehn dieser zweiundzwanzig Fälle gehören der Poliklinik, acht und darunter ein Fall von doppelseitiger Epididymitis gehören der Station an.

Auf der Station entstanden die Epididymitiden einmal unter Copaivbalsam, zweimal unter drei Procent Thallin, einmal unter dreieinhalb Procent Natrium chloroborosum, viermal unter Zink, Blei und Tannin; in der Poliklinik einmal unter Resorcin, einmal unter Naphthol, einmal unter Arg. nitr. und elfmal unter Zink, Blei oder Tannin, — in fast allen Fällen also durch Injectionen, deren Wirksamkeit gegenüber den Gono-

coccen als ungenügend dargelegt worden ist; für den einen Fall, der sich auf das Arg. nitr. bezieht, war eine Fahrlässigkeit des Kranken nachweisbar.

Bubonen, die einen operativen Eingriff erforderten, entstanden unter unserer Behandlung nie, ausserhalb achtundzwanzigmal; Cystitis elfmal und zwar gleichfalls nur ausserhalb;

Prostatitis acuta fünfmal vor der Behandlung;

periurethrale Infiltrate mit und ohne Abscedirung dreizehnmal, im Ganzen nur viermal hiervon auf der Station.

Ophthalmoblennorrhöe endlich dreimal und zwar nur ausserhalb.

Unter den einzelnen Reizsymptomen war es vor Allem der Harndrang, der sechsundzwanzigmal eine ernsthafte Behandlung erforderte.

Die grosse Zahl erklärt sich hier aus der grossen Zahl der experimentell-gemachten — sich als unzureichend erweisenden — Injectionen.

Ueberblicken wir diese Statistik, speciell das Verhältniss der Epididymitiden zu der Zahl der Gonorrhöen, so ist namentlich letzteres zweifellos ein ausserordentlich günstiges.

Die Befürchtung der früheren Autoren, dass jede frühzeitige Injectionsbehandlung eben der Complicationen wegen vermieden werden müsse, ist demnach nicht nur sicher unbegründet, — vorausgesetzt, dass diese Behandlung mit den geeigneten antiparasitären Mitteln vorgenommen wird — sondern die Behandlung stellt unter dieser Voraussetzung sogar die beste Prophylaxe gegen diese Complicationen dar.

Ich muss diesen Standpunkt noch einmal um so energischer betonen, da selbst in neuester Zeit so geschätzte Autoren wie Finger, Otramare, Szubotin u. A. sich von den von uns bekämpften Bedenken leiten lassen.

An den typischen, in Spontanheilung übergehenden Abläuf der acuten Gonorrhöe (cf. z. B. das Lehrbuch Finger's, der eine Localbehandlung überhaupt fast überflüssig, die Auswahl der Mittel fast gleichgiltig und die Auswahl antibacteriell wirksamer Injectionen alsdann gewiss entbehrlich erscheinen lassen würde), an einen derartigen typischen Ablauf können wir nicht glauben; es sprechen dagegen die zahllosen subacuten und chronischen Gonor-

rhöen, die Entstehungsgeschichte ihrer Chronicität, auf die bereits hingewiesen worden ist, die Täuschungen durch frühzeitigen Schwund der Secretion u. s. f.; es sprechen hiergegen auch die Erfahrungen der Gynäkologen, die hier natürlich erwähnt werden können.

Wir glauben keineswegs leicht zu unserem Ziele zu gelangen; im Gegentheil war es gerade das Bewusstsein der grossen Schwierigkeit der Gonorrhöetherapie in den späteren Stadien, welches uns zu dem beschriebenen, wie wir glauben viel energischeren Verfahren veranlasste, ein Verfahren, welches nicht nur auf dem frühen Beginn, sondern auch auf dem genügend langen und consequent fortgeführten Gebrauch richtig gewählter Mittel beruht.

Ohne mikroskopische Controle aber ist eine rationelle Durchführung dieser Therapie unmöglich.

Nachstehende Tabelle soll eine bequeme Uebersicht über die geprüften Mittel und ihre Verwendbarkeit geben.

1	Hg. salicyl. 1:270	29 Fälle	22× +, d. h. antibacteriell beeinflusst	Antibacter., wenig reizend; desquamirend.
2	Calomel 10%	25 „	2× +	antibacter., flüchtig, nicht desquamirend.
3	Pferdeblutserum-kochsalz ½—1%	12 „	—	ohne Einfluss auf G. C., nicht reizend.
4	Sublimat 1:10000—1:15000	29 „	15× +	antibacter., stark reizend.
5	Sublimat 1:20000	29 „	16× +	antibacter., reizend jedoch erträglich.
6	Sublimat, angesäuert 1:20000	14 „	4× +	antibacter. u. irritativ schwächer.
7	Hg. formamid. 1:1000—1:10000	26 „	7× +	antibacter., jedoch zu stark reizend.

(Zu 3–6:) antibacteriell stehen die Pferdeblutserumkochsalz- den sauren, die sauren Sublimatlösungen den einfachen nach.

8	Zink, Blei, Tannin	—	in vielen Fällen ohne jeden sicheren antibacteriellen Erfolg	Adstring., aber wohl ohne antibacteriellen Einfluss, desquamirend.
9	Bi. subnitr. u. salicyl. $\frac{1}{2}$—10%	26 Fälle	6× +	energisch antibacter. wohl hier nicht, adstring., desquamirend.
10	Kal. hyperm. 1:3000—1:5000	17 „	6× +	antibacter. wirksam, aber ohne Dauerhaftigkeit. Schon in schwächeren Lösungen leicht irritativ.
11	Acid. nitr. $\frac{1}{2}$—1‰	12 „	2× + (?)	antibacter. nur vorübergehend, ohne stärkere Reizerscheinungen.
12	Acid. pyrog. 2—4%	9 „	2× +	antibacter. nicht unwirksam, stark reizend, wenig desquamirend.
13	Chloroformwasser, Jodoformöl, Creosot-Kamillenthee.	—	mit unzuverlässigem, schwankendem, antibacteriellem Erfolge	gleichfalls schwankende Beeinflussung der Secretion, zuweilen stark irritirend.
14	Resorcin 2—4%	22 Fälle	3× + (?)	ohne grösseren antibacter. und desquam. Einfluss.
15	Natr. salicyl. 5—20%	26 „	5× + (?)	geringer antibacter. Erfolg ohne Dauer, lindernd, desquamirend.
16	Liq. alum. acet. 10%	22 „	8× +	auf G. C. nur in den stärkeren (als 5%) Lösungen wirksam, in schwächeren lindernd, desquamirend.
17	Antipyrin 3—6%	20 „	3× +	antibacter. hier wenig wirksam, desquam., lindernd.
18	Carbolkalkwasser Acid. carb. 1·0 Aq. calc. Aq. dest. āā 50·0	12 „	4× +	ohne beträchtliche antibacter. Wirkung, jedoch adstring. und stark desquamirend. antibacter., vielleicht durch Carbolgehalt zum Theil.

19	Sozojodol-Kalium, -Natrium, -Zink 1:270	32 Fälle	7× +	ohne beträchtliche anti-bacter. Wirkung, jedoch adstring. und stark desquamirend.
20	Naphthol. 0·1—1:100	20 „	2× +	
21	Creolin ½—3%	19 „	1× +	stark reizend und nur in stärkeren Lösungen vielleicht wirksam.
22	Natr. fluorsilic. ¼—2%	7 „	— (!)	zu stark reizend.
23	Natr. chlorobor.			antibacter., keine Reizer-scheinungen, aber nicht im Stande, ein seröses Secret in ein purulentes umzuwandeln, desquam
	a) 2—3½%	8 „	—	
	b) 5%	6 „	1× +	
	c) 7%	18 „	13× +	
24	Borax-Borsäure	9 „	1× +	wenig antibacter., wenig reizend, wenig desquam
25	Rotter (schwach)	29 „	19× +	antibacter. wirksam, mässig reizend, wenig desquam
26	Rotter (stark)	5 „	3× +	antibacter. wirksam, stark reizend, wenig desquam
27	Thallin. sulf. 5—7%			
	a) 5%	16 „	3× +	
	b) 7%	10 „	5× +	
28	Thallin. tart. 5—7%			cf. Natr. chloroboros.
	a) 5%	11 „	2× +	
	b) 7%	11 „	6× +	
29	Arg. nitr. 0·1:200—0·1:300	318 „	237× +	genügt allen Ansprüchen
30	Arg. natro.-subsulf. desgl.	25 „	4× +	geringe antibacter. Wirkung.





Zur Kenntniss der Acne frontalis seu varioliformis (Hebra), Acne frontalis necrotica (Boeck).

Von

Prof. F. J. Pick in Prag.

(Hiezu Tafel V.)

Es ist nicht leicht zu sagen, was die Autoren unter dem Namen Acne varioliformis verstehen. Wenn man auch von dem Umstande absieht, dass französische Dermatologen nach dem Vorgange Bazin's diese Bezeichnung noch immer für die nun allgemein als Molluscum contagiosum oder Epithelioma molluscum benannte Krankheit gebrauchen, so ist doch anderseits sicher, dass diese Benennung noch für ganz verschiedene Krankheitsprocesse angewendet werde. Schon die Erklärungen, welche für das Epitheton „varioliformis" gegeben werden, lassen die Verwirrung ahnen. Bald sollen die Efflorescenzen Aehnlichkeit mit den bei der Variola haben und dies durch den Namen ausgedrückt werden, bald wieder soll die Krankheit durch die Hinterlassung von Narben, wie nach Variola, den Beinamen verdienen, bald soll beides zusammen den Grund für die Bezeichnung abgegeben haben.

Es steht schlimm nach dieser Richtung mit der Belehrung, deren wir aus den Hand- und Schulbüchern theilhaftig werden. Nicht alle Verfasser sind so offen wie E. Veiel, der in Ziemssen's Handbuch der Hautkrankheiten II. Th., S. 223, nach einigen kurzen Angaben, die er Hebra's Handbuch entnommen hat, schliesslich erklärt, er habe diese Krankheit nie gesehen. Augenscheinlich befanden sich auch die meisten anderen Verfasser in

derselben Lage, allein sie lassen uns doch im Zweifel darüber, ob die mancherlei einander widersprechenden Angaben von ihnen selbst ermittelt wurden, oder von anderwärts stammen und woher.

Es war deshalb sehr zeitgemäss, dass Prof. Boeck[1]) durch die Mittheilung eines sehr interessanten Falles die Discussion über diese „versäumte Krankheit" eröffnete und zugleich zur Kenntniss derselben einen erfreulichen Beitrag lieferte.[2])

Die Mittheilungen von Boeck erweitern jedoch die Charakteristik, welche Hebra von seiner Acne varioliformis gegeben hat in vielen wesentlichen Punkten ganz bedeutend, die Angaben beider weichen von einander derart ab, dass es Jedermann klar sein muss, dass es sich bei Boeck um eine andere Form der Krankheit handelt, als die, welche Hebra im Auge hatte.

Im Nachfolgenden werde ich zwei Fälle mittheilen, welche dieses Verhältniss klarstellen werden. Ich wähle dieselben aus einer grösseren Zahl von Fällen, weil sie jeder in seiner Art typisch sind für die eine oder die andere Form.

Fall 1. (Hiezu die Abbildung auf Tafel V.) Acne varioliformis Hebra.

D. F., 30 Jahre alt, Kaufmann, kommt in die klinische Ambulanz wegen eines Ausschlages im Gesichte, der wegen seiner Aehnlichkeit mit Blattern seine Kundschaft ängstigt, ihn deshalb verhindert im Laden anwesend zu sein und auf diese Weise materiell schädigt.

Die Krankheit soll vor einem halben Jahre plötzlich mit der Entwickelung kleiner rothbrauner Knötchen auf der Nase begonnen haben, denen nach einigen Tagen ähnliche Knötchen auf den Wangen und an der Stirne folgten. Von da an bis zum heutigen Tage dauert der Process ununterbrochen fort, indem sich immer neue Knötchen bilden, während die älteren mit Hinterlassung von Narben zur Rückbildung gelangen.

---

[1]) Cäsar Boeck: „Ueber Acne frontalis seu necrotica." Dieses Archiv 1889, Heft I.

[2]) Ich hatte gerade eine Mittheilung für das Archiv über denselben Gegenstand vorbereitet und die meiner Arbeit beigegebene Tafel war schon ausgeführt, als mir der Artikel des Herrn Collegen Boeck zur Aufnahme in das Archiv zukam. Ich habe seiner Arbeit den Vortritt gelassen, weil ich in vielen wesentlichen Punkten zu denselben Resultaten gekommen war und nicht den Verdacht auf mich laden wollte, Herrn Collegen Boeck die Priorität schmälern zu wollen.

Die Eltern des Patienten leben und sind gesund. Die Mutter ist 68 Jahre alt, der Vater 70. Von sechs Geschwistern leben vier, eine Schwester starb im 2. Lebensjahre an Variola, eine zweite war skoliotisch, starb im 22. Lebensjahre an Erstickung aus ihm unbekannter Ursache, die übrigen stehen im Alter von 33, 35, 41 Jahren und sind gesund. Patient ist der jüngste von ihnen, litt vor seinem 16. Lebensjahre häufig an Furunculosis, in diesem Jahre überstand er Variola. Vom 20. Lebensjahre an leidet er an mässiger Seborrhoea capillitii, die zu theilweisem Haarausfall führte. Zum Militär kam er nicht wegen starker Varicositäten an den Unterextremitäten.

Vor etwa zehn Jahren litt er durch sechs Wochen an Gonorrhöe. Anderweitige venerische oder syphilitische Infectionen hatte er nicht. Dagegen leidet er seit seiner Jugend häufig an Halsentzündungen, die fast regelmässig zweimal des Jahres auftreten und mit stärkerem Fieber einhergehen. Patient ist zum zweiten Male verheiratet, aus der ersten Ehe stammt ein Knabe, der zwar schwächlich, aber sonst gesund sein soll, in zweiter Ehe ist er mit einer Witwe, die selbst zwei Kinder hat, verheiratet, aus dieser Ehe stammt ein Kind, das jetzt acht Monate alt und vollkommen gesund ist. Abortus hat niemals bei seinen Frauen stattgefunden, die erste Frau starb an Tuberculose.

In der Familie sind ausser Variola keinerlei Ausschläge vorgekommen, auch jetzt leidet weder Frau noch Kinder an einem ähnlichen Ausschlage wie er. Er ist kein Alkoholiker.

Status: Patient ist mittelgross, mässig kräftig gebaut, Musculatur schwach, Panniculus gering. Die Haut des Stammes und der Unterextremitäten zeigt, ausser mehreren pigmentirten Nävis, mehreren Mollusca fibromatosa und einem kleinen Angiom, keinerlei pathologische Veränderungen.

Die Haut des Gesichtes, der Stirne, insbesondere an der Haargrenze, den Ohrmuscheln, aber auch im behaarten Theile des Kopfes und zwischen den Barthaaren, zeigt äusserst reichlich, stecknadelkopf- bis linsengrosse, rothbraune, das Niveau beträchtlich überragende Knötchen und Knoten, deren Oberfläche theils gleichmässig gefärbt und glatt ist, theils central eine trockene braune Borke trägt.

Diese Borken haften sehr fest an ihrer Unterlage, erscheinen unter das Niveau des Knötchens eingesunken und werden an der Peripherie von dem nicht vertrockneten Theile des Knötchens umsäumt. Nach Entfernung der Borken liegt ein Substanzverlust zu Tage, von dem aus man mit der Sonde unter die unterminirten Ränder der Hautinfiltration gelangt. Unter der rechten

Augenbraue ist eine grössere Zahl der Knötchen zu einer fast zusammenhängenden Geschwulst von 2 Mm. Länge und 1 Mm. Breite vereinigt.

Nur an sehr wenigen Efflorescenzen sieht man ausnahmsweise an der Spitze einen gelben Eitersaum die Borke umgeben und das Knötchen selbst, das in diesem Falle eine beträchtliche Grösse erreicht, mit einem rothen Entzündungshofe versehen, gewöhnlich sind die braunrothen Knötchen scharf umschrieben und heben sich ebenso scharf von der sie umgebenden und unverändert aussehenden Haut ab.

Zwischendurch, ganz besonders an der Haargrenze, findet man der Grösse der Knoten oder Knötchen entsprechende tiefe, theils noch braunroth gefärbte, theils schon seröse Narben.

Ausser den angeführten Knötchen findet man zwischen denselben ähnliche, scheinbar unter der Haut liegende hanfkorn- bis kleinerbsengrosse Knoten, über denen die Hautdecke unverändert oder nur livid roth erscheint. Solche Knoten finden sich vorwiegend an den Seitentheilen des Halses, an den Handrücken und Vorderarmen.

Ein Zusammenhang mit den Haarbälgen ist selbst am behaarten Theile des Gesichtes und am behaarten Kopfe nicht ermittelbar. Ebensowenig ist ein Comedo nachweisbar oder an den Knötchen der Ausführungsgang einer Talgdrüse angedeutet.

Drückt man mit einem Bergh'schen Comedonenquetscher, von der dem Umfang des Knötchens angepassten Grösse, dasselbe umgreifend auf die Umgebung, so ist man im Stande, das ganze Knötchen oder den Inhalt desselben herauszuquetschen. Derselbe erweist sich als ein Körper von gelblicher wachsartiger Beschaffenheit, der zurückbleibende Substanzverlust erscheint seicht, die Blutung ist gering.

Wie schon aus der Abbildung ersichtlich ist, beginnt der Process mit den kleinen, stecknadelkopfgrossen braunrothen, leicht elevirten Knötchen, welche sich scharf von der Umgebung abheben und entweder als solche schon den Rückbildungsprocess eingehen oder sich langsam und verhältnissmässig wenig vergrössern.

Nach kurzem Bestande, oft schon an den kleinsten Knötchen, sieht man die centrale Borkenbildung, durch welche eben das

Centrum des Knötchens gegenüber dem Rande einsinkt und die Efflorescenz ein dellenförmiges genabeltes Aussehen erhält.

Die Borke bleibt gewöhnlich sehr lange liegen und fällt, wenn sie nicht vorher mechanisch entfernt wurde, erst ab, wenn sich unter ihr die Vernarbung vollzogen hat. Die Vernarbung geschieht zumeist ohne Eiterung unterhalb des Schorfes oder es kommt um den Schorf herum zu eiteriger Entzündung, in welchem Falle auch die äussere Form der Efflorescenzen sich ändert, indem sie bedeutend grösser werden, die Delle einbüssen, sich zuspitzen und um den Schorf herum eine gelbe, durch die Haut durchscheinende eiterige Flüssigkeitsansammlung zeigen und gewöhnlich, namentlich bei den grösseren Pusteln, einen rothen Entzündungshof darbieten.

Diese Entzündung greift viel tiefer als die Knoten reichen und hinterlässt dementsprechend auch viel tiefere Narben.

Durch innerliche Behandlung liess sich der Process in keinerlei Weise beeinflussen. Patient hatte, ehe er an die Klinik kam, durch viele Monate Jodkali und Solut. Fowleri genommen ohne die geringste Wirkung.

Ich habe die Knoten mit Bergh's Comedonenquetscher ausgedrückt oder mit dem scharfen Löffel entfernt, wodurch ich die vorhandenen Krankheitsherde am raschesten beseitigte.

Fall 2. Acne necrotica, Boeck. Der Fall betrifft den einundzwanzigjährigen, ledigen Knecht F. K., aufgenommen am 6. April 1889, sub Nr. 4337. Der Vater des Patienten leidet seit zwei Jahren an einem arthritischen Processe, die Mutter und zwei Geschwister sind gesund, eine Schwester leidet an Epilepsie, vier Geschwister starben in früher Jugend. Patient selbst ist nie ernstlich krank gewesen, doch leidet er an seinem Ausschlage der im fünften Lebensjahre begann, in den folgenden Jahren periodisch wiederkehrte, um in den letzten Jahren häufiger und unregelmässiger aufzutreten. Die Angaben des Patienten über das Auftreten des Ausschlages sind ganz genaue. Er sagt:

Vom fünften bis zum neunzehnten Lebensjahre trat der Ausschlag alljährlich im Monate April im Gesichte auf und heilte nach vierzehntägigem Bestande vollkommen ab, während dieser ganzen Zeit war der Ausschlag mit keinerlei Beschwerden verbunden.

Im Jahre 1887 stellte sich der Ausschlag schon im Monate März ein, heilte in vierzehn Tagen ab, trat aber im April zweimal auf, sobald Patient wieder zur Arbeit ging. Der Ausschlag war diesmal mit Röthung und Schmerz in den Augen verbunden.

Im Jahre 1889 erscheint das Exanthem schon Ende Januar, zugleich besteht eine starke Augenentzündung, sobald Patient wieder zur Arbeit geht, kehrt der Ausschlag nach wenigen Tagen im Monate Februar, März und April je zweimal wieder; Anfangs März war er mit einer so heftigen Augenentzündung verbunden, dass Patient nicht allein gehen konnte, damals liess sich Patient in das H . . . . Spital und später auf die dermatologische Abtheilung aufnehmen. Der letzte Ausschlag im Monate April heilt nicht, wie die früheren nach vierzehntägigem Bestande aus, sondern besteht bis zum Herbste.

Im Jahre 1889 tritt das Exanthem am 20. Januar auf der linken Wange auf, besteht acht Tage, zugleich sind die Augen stark geröthet, am 14. Februar erscheint es wieder und dauert zwölf Tage, Ende Februar durch acht Tage hindurch.

Status vom 6. April: Körper klein, schwächlich gebaut, schlecht genährt, Musculatur wenig entwickelt, der Panniculus spärlich, die Hautfarbe blassbräunlich, das Haupthaar blond, schütter, die Haut des behaarten Kopfes, besonders in der Stirn- und Scheitelgegend mit sehr reichlichen trockenen, kleienartigen Schuppen bedeckt, die Haut im Allgemeinen schlecht gepflegt, gut eingeölt und normal durchfeuchtet.

Im Gesichte und am Stamm wenig, an den unteren Extremitäten sehr stark behaart, die extremen Körpertheile livid roth verfärbt. Hände und Füsse kühl anzufühlen, in den Hohlflächen abnorm feucht.

Vollkommen symmetrisch localisirt, im ganzen Gesichte mit Ausnahme der Stirn, Lippen und Lider, besteht ein eigenartiges Exanthem. Dasselbe stellt sich der Hauptsache nach dar als circa linsengrosse, trockene, braunrothe Schorfe, die auf einem seichten Substanzverluste an der Spitze einer wenig elevirten und infiltrirten Partie ziemlich fest aufsitzen. Am Kinn und in der Regio parotidea beiderseits confluiren diese Schorfe zu grösseren Borken, auch kommt es daselbst aus dem stark gerötheten, infiltrirten und erodirten Corium zu einem Ergusse seröser Flüssigkeit an die Oberfläche, wo dieselbe zu blätterartig an einander geschichteten Krusten eintrocknet. Die Anfangsstadien dieses Processes findet man augenscheinlich an beiden Ohrmuscheln und am oberen Rande der erkrankten Partien nach aussen vom linken äusseren Augenwinkel, und zwar stellen sich dieselben dar als gruppenweise zusammengedrängte, durch furchenartige Ein-

schnürungen von einander getrennte knötchenförmige Erhebungen von 4—5 Mm. an der Basis, dieselben besitzen einen ziemlich lebhaften Glanz, sind blassroth und gelblich durchscheinend. In der Tiefe des einzelnen Herdes sieht man meist mehrere violette Punkte und Streifen durchscheinen. Eine Localisation an die Talgfollikel ist in diesem Stadium nicht bemerkbar, insoferne die einzelnen Erhebungen über eine grosse Zahl von Follikelöffnungen ausgedehnt sind. Als Uebergangsstufe zwischen den beiden beschriebenen Formen des Exanthems bemerkt man nun einzelne solche Erhöhungen, die keine so pralle Spannung mehr darbieten, vielmehr abgeflacht sind, matt aussehen, zum Theil noch die erwähnten violetten Punkte durchschimmern lassen, oder schon einen opaken, bräunlichen, dünnen Schorf an der Spitze besitzen. Die Haut der Stirn und der Nase zeigt einen starken fettigen Glanz, ist fettig anzufühlen, im Bereiche der Nasenspitze und Flügel etwas geröthet, die Follikelöffnungen erweitert, mit Talgpfröpfen verstopft, die Drüsenkörper der Talgdrüsen schimmern durch die dünne Haut als hirsekorngrosse weisse Körner hindurch.

Im Harne keine abnormen Bestandtheile, überhaupt am übrigen Körper nichts Pathologisches.

13. April. Die Schorfe haben sich sämmtlich abgelöst, unter denselben flache Narben. Die frischen Efflorescenzen in der linken Schläfegegend haben sich derart verändert, dass sie allmälig weniger prall erscheinen, etwas opak sich färbten, statt der violetten Punkte im Innern eine gleichmässig braune Färbung annahmen und oberflächlich zu einem Schorfe eintrockneten.

21. April. Patient ging gestern aus dem Zimmer. Heute unter Jucken frische Efflorescenzen am Kinn und in der Gegend der unteren Augenlider aufgetreten.

22. April. Gestern Spaziergang. Heute an den Wangen frische Efflorescenzen aufgetreten.

24. April. Annähernd in derselben Ausdehnung wie bei seinem Spitaleintritte erscheint nun die Haut des Gesichtes besetzt mit zahlreichen, oft dicht gedrängten, blassgelblichen Erhebungen von durchscheinender Beschaffenheit, welche den obersten Schichten angehören und in ihrer Tiefe zum Theile wenigstens jene violetten Punkte und Streifen erkennen lassen und, wie be-

sonders am behaarten Theile der Oberlippe wahrnehmbar ist, sicher nicht ausschliesslich an die Haarbälge gebunden sind. Bei seitlichem Druck wird schliesslich die Epidermisdecke durch ausgepresste seröse Flüssigkeit in Blasenform abgehoben und zum Platzen gebracht, beim seitlichen Anstechen der einzelnen Erhebungen entleert sich, gleichfalls erst durch seitlichen Druck, etwas Flüssigkeit. Entfernt man nach Aufhören des Druckes die Epitheldecke, so kommt ein blutig imbibirtes Corium zum Vorschein.

25. April. Das Exanthem, besonders im Bereich der linken Jochbein- und Wangengegend hat zum grössten Theile, in Folge nachfolgender Blutungen, eine mehr gleichmässige violette oder braune Färbung erhalten.

26. April. Die Efflorescenzen sind fast vollständig zu Krusten oder Schorfen eingetrocknet.

27. April. Sämmtliche Efflorescenzen eingetrocknet, die Haut an der Kinnlippenfurche, Nase, den Ohrmuscheln, Wangen mit mehr weniger umfänglichen Krusten und Schorfen bedeckt.

7. Mai. Das letzte Exanthem ist vollständig abgeheilt, neuerdings mit Hinterlassung zarter, wenig vertiefter, glatter weisser Narben. Gestern und heute schon hielt sich Patient eine Zeit lang im Freien auf. Heute Nachmittags erscheint die Haut des Gesichtes im Bereiche der Nase, der Wangen, der Ohrmuscheln und der Kinnfurche geröthet, glänzend, an der Nase und den Nasolabialfalten, sowie am Kinn stark fettig anzufühlen, die Temperatur derselben erhöht. Im Bereiche der linken Wange sieht und tastet man mehrere stumpfkegelförmige, annähernd hanfkorngrosse Erhöhungen von etwas durchscheinender Beschaffenheit.

9. Mai. Die Zahl der niedrigen, derben, gelblich durchscheinenden Erhebungen hat im Bereiche der beiden Wangen zugenommen, ist aber noch immer relativ gering. In der Kinnfurche und an den Ohrmuscheln sind einzelne neue aufgetreten, an mehreren zeigen sich bereits die eigenthümlichen, punktförmigen Blutaustritte, die besonders nach dem Abstreifen der blasenartigen Decke mit grosser Deutlichkeit hervortreten.

10. Mai. Heute sind keine neuen Eruptionen aufgetreten.

19. Mai. Der Kranke klagt über Schmerzhaftigkeit und

Sehstörung am rechten Auge. Es zeigt sich auf der rechten Cornea eine centrale, punktförmige, graue Trübung. Leichte pericorneale Injection.

24. Mai. Viel stärkere pericorneale Injection.

29. Mai. An beiden Ohrmuscheln sind mehrere von Anfang an violette oder braun gefärbte Efflorescenzen aufgetreten.

Von nun an wurde der Kranke wieder im Zimmer zurückgehalten, es kamen weiter keine frischen Efflorescenzen zur Entwickelung und unter indifferentem Salbenverbande kam der Process wieder zu vollständiger Abheilung. Nachdem die Borken abgefallen waren, wurde ein Gelatinverband verordnet, seither sind bis zur Entlassung des Kranken, 26. Juni, keine frischen Nachschübe aufgetreten.

Es unterligt gar keinem Zweifel, dass es sich im ersten Falle um eine Acne varioliformis seu frontalis im Sinne Hebra's handelt. Seine Beschreibung von dieser Krankheit stimmt, ausser seinen Angaben von der ausschliesslichen Localisation „im Gesichte und auch da nur an der Stirne, hauptsächlich zunächst der behaarten Kopfhaut, sowie auch an letzterer hie und da zerstreut" vollständig mit unserem Bilde überein. Nach Hebra äussert sich diese Form der Acne theils durch mehr flache, hanfkorngrosse Knötchen, theils durch Pustelbildung, beherbergt im Innern keinen Comedo, bekommt an der Spitze ein flaches, scheibenförmiges Krustchen, welches den untergelagerten Theilen fest adhärirt und später unter das Niveau des übrigen Knötchens gelangt, so zwar, dass der Rest des letzteren das centrale scheibenförmige Börkchen allenthalben in Gestalt eines erhabenen Randes umgibt und hinterlässt, wenn die Borke abfällt eine Narbe, die gegen die Umgebung vertieft ist.

Abweichend von diesen Angaben ist, wie schon bemerkt, die Ausbreitung des Processes im Gesichte auf die Wangen und den behaarten Theil desselben, sowie auf die Ohrmuscheln, den Hals und die oberen Extremitäten.

Wie ich gezeigt habe, ist die Pustelbildung eine nur secundäre, offenbar nur durch die Infection mit Eitercoccen an einzelnen Stellen um die verschorften Partien eingetretene Erscheinung.

Wie die mikroskopische Untersuchung der ausgedrückten Knoten erweist, anderes Material ist mir nicht zur Verfügung gestanden, handelt es sich um Neubildung von Epithel, welches alsbald einer eigenartigen Degeneration verfällt, verschorft, während sich, wenn diese Neubildung in die Tiefe gegriffen, in der Umgebung der epithelialen Neubildung vom Chorion aus eine kleinzellige Infiltration entwickelt, und zur Narbenbildung führt. Es ist mir nicht gelungen, Beziehungen zwischen den neugebildeten Epithelknoten und den Talg- oder Haarbälgen nachzuweisen. Auch über die Degenerationsvorgänge an den neugebildeten Epithelien bin ich bisher nicht in der Lage etwas Bestimmtes auszusagen.

Immerhin bin ich der Ansicht, für diesen Process den Namen Acne varioliformis vorerst beizubehalten, weil er für das klinische Bild äusserst charakteristisch ist.

Ebenso unzweifelhaft ist es, dass es sich im zweiten Falle um jenen Process handelt, der mit dem in Boeck's Falle identisch ist, und dem er im Gegensatze zu Hebra's Aceneform den sehr zweckmässigen Namen Acne necrotica gegeben hat.

Ich acceptire den Namen für diese Krankheitsform, aber auch nur für diese, mit Vergnügen.

Sie charakterisirt sich ganz besonders durch die von Boeck treffend hervorgehobenen kleinen, staubförmigen, hämorrhagischen Pünktchen, die zusammen einen kleinen violettrothen Fleck bilden, ferner durch die ödematös imbibirte Oberhaut und die stellenweise viel stärkere und tiefer gehende Verschorfung.

Sie mit der Acne varioliformis Hebra zu identificiren, bin ich nicht in der Lage.

Inwiefern diese beiden Krankheitsformen nahe verwandte oder zusammengehörige Processe darbieten, werden erst weitere Beobachtungen lehren.

Erklärung der Tafel im Texte.

Kaposi: Über atypischen Zoster gangraenosus.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien,

Ueber atypischen Zoster gangraenosus und Zoster hystericus.

Von

Prof. M. Kaposi in Wien.

(Mit Tafel VI.)

In Ergänzung eines Vortrages, den ich am 15. Februar d. J. in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien [1]) über den im Titel angeführten Gegenstand gehalten, wünsche ich im Folgenden meine Erfahrungen über atypische Formen von Zoster den engeren Fachcollegen vorzubringen, sowie meine Auffassung, die ich mir von denselben gebildet habe.

Besser, als die ausführlichste Beschreibung, würden die Abbildungen sprechen, von denen nur eine hier reproducirt ist (Taf. VI) und die zugleich alle Fälle repräsentiren, die mir bis jetzt untergekommen sind und das Substrat meiner theoretischen Deutung dieser Art Processe bilden. Sie dürften, soweit meine literarischen Kenntnisse reichen, bisher auch Unica vorstellen.

I. Fall.

Die erste Kranke, Huberl Amalia, ledig, Wien, siebenundzwanzig Jahre alt, ist am 7. Februar 1889 auf meine Klinik aufgenommen worden. Damals bestanden die Erscheinungen in Folgendem: Ueber dem äusseren oberen Quadranten der rechten Brustdrüse eine von aussen oben nach innen unten streichende, bis 8 Ctm. lange und 1—1$^1/_2$ Ctm. breite, unregelmässig zackig und scharf be-

---

[1]) Wiener klin. Wochenschr. 1889, Nr. 10.

grenzte Verfärbung der Haut ins Schwarzbraune bis Braungelb und Grünbraune, welche sich als eine Verschorfung der obersten Hautschichten darstellte. Der Schorf war etwas unter das Hautniveau der Umgebung eingesunken und bei genauerer Besichtigung aus linsengrossen und kleineren scheibenförmigen Verschorfungen zusammengesetzt, wobei die Centra der einzelnen Felder sich als die dunkelsten und meist eingesunkenen erkennen liessen. Nach oben und innen davon zerstreut viele stecknadelkopf- und linsengrosse, flache, fahlgelbe, eintrocknende Bläschen mit centralen, schwarzgrün verfärbten, und unter das Niveau gesunkenen Centren. An der unteren Fläche der linken Mamma ein nach Ablösung eines wie beschriebenen Schorfes zu Tage liegender, 3 Ctm. langer und 1 Ctm. breiter, mit scharf abgesetzten Rändern versehener, an den Rändern seichter, gegen die Mitte bis ins tiefste Corium reichender, lebhaft eiternder Substanzverlust. Unter dem linken Rippenbogen, über dem Fundus des Magens, innerhalb eines von rechts nach links 10 Ctm., von oben nach unten 4 Ctm. messenden ovalen Herdes die Haut geschwellt, quaddelartig hervorgetrieben, ödematös, an den Randpartien des Herdes rosenroth injicirt, über der übrigen Fläche durch die unveränderte Epidermis hindurch sichtbar, die tieferen Coriumschichten theils schwarzbraun, theils gelbgrün verschorft. Ueber den übrigen Partien der Mamma und der Sternalregion, sowie der linksseitigen zweiten bis vierten Rippe zahlreiche mohnkorngrosse und auch kleinere blassrothe Epidermidalknötchen und Bläschen, theils disseminirt, meist aber in Gruppen und Haufen, viele darunter in den verschiedenen Stadien der Eintrocknung und Börkchenbildung.

An der linken seitlichen Thoraxgegend zahlreiche erbsen- bis kreuzergrosse, rundliche oder bis $1^1/_2$ Ctm. lange und 3—4 Mm. breite, vorspringende, derbe, röthliche oder weisse, bei Druck schmerzhafte, keloidartige Narben.

Die Eruption war acht Tage vor dem Spitalseintritt der Kranken entstanden.

Die geschilderte Erkrankung ist nicht die erste bei dieser Patientin. Sie war mit einer analogen Affection am 5. April 1888 auf der Klinik. Damals waren die Knötchen und Bläschengruppen ziemlich symmetrisch über beiden Stirnhöckern und

beiden Wangen zugegen, ausserdem auf der Nase, über beiden Brüsten, dem Abdomen und der linken seitlichen Thoraxgegend, wo noch heute die Keloide zu sehen. Die grösste streifenförmige Verschorfung bestand auch damals über dem äusseren oberen Quadranten der rechten Mamma. Damals erheischte der Verlauf drei Wochen (26. April 1888).

Auch das war nicht die erste Erkrankung. Patientin gibt an, dass sie in ihrem zwölften Lebensjahre die erste Eruption am linken Arm, im dreizehnten Jahre am linken Beine, dann mehrere Male im Frühling ähnliche Erkrankungen und seit ihrem zwanzigsten Lebensjahre jedes Jahr regelmässig eine solche Attaque gehabt habe. Menses spärlich, jeden zweiten Monat, Sensorium etwas träge, sonst keinerlei ausgesprochene nervöse Störungen nachweislich.

Aus den in der Krankengeschichte vom Jahre 1888 ausführlich angegebenen Resultaten der Untersuchungen bezüglich der Functionen der Gehirnnerven, der Muskeln, der Hautfunctionen, der Sehnenreflexe, die durchwegs nichts Abnormes dargeboten haben, sei nur erwähnt: Der Ortssinn ist auf den afficirten Regionen des Thorax leicht gestört. Ferners: Hyperalgesie beginnt rechts zwei Querfinger nach aussen von der hinteren Axillarlinie und ist zwischen dem oberen Rande der sechsten Rippe und ungefähr dem Rippenbogen abgegrenzt. Der untere äussere Quadrant der Mamma ist auf Druck überempfindlich. Links beginnt die Hyperalgesie am Scapularwinkel und reicht bis zur zwölften Rippe, sonst symmetrisch wie rechts.

Druckpunkte bestehen links an der Austrittsstelle des Ramus perforans lateralis der sechsten Rippe bis zum Darmbeinkamme, rechts im dritten und vierten Intercostalraume in der Parasternallinie.

Hautreflexe: Scapularreflex beiderseits nicht vorhanden. Bauchreflex beiderseits leicht hervorzurufen. Mammarreflex rechts erloschen, links träge.

Die Hauttemperatur scheint bei sorgfältiger Prüfung in den dem Sitze der Efflorescenzen entsprechenden Intercostalräumen um ein Weniges höher, als an den nächsten oberen und unteren Regionen.

Kein Stigma für Hysterie aufzufinden.

Aus der Krankengeschichte dieses Jahres (7.—28. Februar) wäre in den letztgenannten Beziehungen zu erwähnen:

An den gangränösen Stellen Anästhesie, an den erythematösen Stellen und der nachbarlichen gesunden Haut, in einer schmalen Zone, Hyperästhesie, sonst keinerlei nervöse Symptome, keine Druckpunkte, keine Ovarialgie.

In allgemeiner Beziehung: Die Patientin ist mässig genährt, etwas träger Geistesfunction. Sie stammt von gesunden Eltern, hat in ihrer frühen Jugend Masern und Blattern überstanden. Die Hauteruptionen der geschilderten Art sind, wie erwähnt, von ihrem fünfzehnten Lebensjahre ab, alljährlich erschienen. Menstruation in ihrem achtzehnten Lebensjahre, immer seither unregelmässig, alle zwei Monate. Sie leidet seit ihrer Jugend an Kopfschmerzen, die meist Morgens sich einstellen und an einem unangenehmen Spannungsgefühl in den Schläfen. Sie schwitzt selbst bei schwerer Arbeit nicht.

Innere Organe normal.

Der Verlauf der Erkrankung vom Jahre 1888, wie der gegenwärtige (7.—28. Februar 1889) gestaltete sich in gleicher Weise derart, dass die kleinen Efflorescenzen binnen sechs bis acht Tagen eintrockneten, die Schörfchen und Schorfe theils trocken, lederartig wurden, unter das Niveau der Haut sanken, von den Rändern her sodann allmälig sich ab- und loshoben, während unter denselben narbiger Ersatz des Substanzverlustes zu Stande kam; oder, bei den umfangreicheren und tiefer greifenden, der trockene Schorf unter Eiterung sich ablöste, einen scharfrandigen, aber ungleich grubigen Substanzverlust zu Tage legte, dessen Grübchen und Gruben stecknadelkopf- bis linsengrossen Efflorescenzen entsprach, aus denen der grosse Plaque sich zusammengesetzt hatte, worauf binnen drei bis vier Wochen Ausfüllung des Substanzverlustes durch Granulation und Verheilung mittelst wulstiger, weil ungleich dicker Narbe erfolgte.

Im März d. J. erschien die Kranke neuerlich mit einer ähnlichen Eruption längs der rechten Seite der Wirbelsäule, wobei die Gruppen in Flachhand-Breite längs der ganzen Strecke entwickelt waren.

II. Fall.

Göschl Marie, fünfzehn Jahre alt, ledig, Magd, aus G. in Niederösterreich. Aufgenommen am 14. Februar 1889.

Im Juni 1887 entstand, nach Angabe der Kranken, an ihrer linken Wange eine etwa vierkreuzerstückgrosse Blase. Sie applicirte auf den Rath einer Frau eine „starke" Salbe, worauf ausgebreitete Gangrän der ganzen Wangenhaut entstand. Wegen dieser wurde die Patientin am 26. Juni auf die dermatologische Klinik aufgenommen. Nach Abstossung des Schorfes und mit noch granulirender Wunde verliess die Kranke am 6. August das Krankenhaus. Im März des folgenden Jahres (1888) wurde die entstellende Narbe von einem Chirurgen exscindirt und durch Plastik gedeckt. Wegen zögernder Heilung kam die Kranke am 3. April neuerdings zur Aufnahme und wurde sie am 22. April geheilt entlassen.

Ihre neuerliche Aufnahme erfolgte nun am 14. Februar 1889 wegen einer vierzehn Tage vorher entstandenen Eruption in der linken Ellbogenbeuge.

Man sieht in der linken Cubitalbeuge einen 5 Ctm. quer verlaufenden, $1^1/_2$ Ctm. breiten, am Ulnar- und Radialrand in eine kreuzer- und pfenniggrosse Ausbuchtung nach vorn auslaufenden Substanzverlust, mit scharf abgesetzten, seichten Rändern und im Centrum fast das Corium durchsetzendem, lebhaft eiterndem, theilweise rothgranulösem Grunde. Am Vorderarme und gegen den Oberarm in der Umgebung des beschriebenen Substanzverlustes an zwanzig, theils disseminirte, winzige, höchstens mohnkorngrosse Knötchen und Bläschen, einige in Gruppen gestellt; in der unmittelbaren Nachbarschaft des Substanzverlustes drei linsengrosse, eintrocknende, flache Bläschen, mit centraler Verschorfung des Coriums.

Im Grunde des grossen Substanzverlustes stecknadelkopfbis linsengrosse, tiefer greifende, grubige Substanzverluste, so dass sichtlich der grosse Verlust aus der Aggregation der letzteren entstanden ist.

Die Patientin ist blass, Organe und Functionen normal bis auf Hemianästhesia et Hemianalgesia sinistra totalis. Stiche werden auf der ganzen linken Körperhälfte nicht

empfunden. Man kann die Nadel durch die ganze Dicke der Haut stossen, ohne die geringste Schmerzempfindung hervorzurufen. Die Anästhesie und Analgesie begrenzt sich strenge in der vorderen und hinteren Medianlinie des Stammes und Kopfes und betrifft die Beuge- und Streckseiten der linken Extremitäten gleichmässig.

An speciellen Momenten wäre aus der Krankengeschichte anzuführen:

Die entsprechend entwickelte und etwas anämische Patientin stammt aus einer gesunden Familie, hat vier Geschwister. Bei Keinem ihrer Familie sind nervöse Krankheiten oder ein ähnliches Uebel, wie das ihrige gesehen worden. Mit ihrem vollendeten zwölften Lebensjahre hat sie ihre Menses bekommen, die seither regelmässig sich einstellen.

In ihrem fünften Lebensjahre hat sie eine schwere Otitis sin. durchgemacht, mit Fieber und Drüsenschwellung, darauf Otorrhöe die drei Jahre anhielt. Seitdem hört sie auf dem linken Ohre nichts.

Schmerzhafte Punkte sind nirgends zu finden. Die Ovarien nicht druckempfindlich. Auf leichte Berührung reagirt Patientin auf der rechten Seite langsam, auf der linken gar nicht. Stiche werden rechts prompt empfunden, links gar nicht. Hautreflex rechts prompt, links weder der Bauch-, noch der Plantarreflex zu erzielen. Conjunctivalreflexe rechts normal, links herabgesetzt, ebenso der Nasenreflex. Patellarreflex beiderseits gleich lebhaft, Muskelreflexe beiderseits prompt.

Faradische Pinselung der Haut wird selbst mit sehr starken Strömen nicht schmerzhaft empfunden, die der Muskel normal, die der Nerven schmerzhaft.

Der Muskelsinn ist links gleichfalls aufgehoben. Patientin kann bei geschlossenen Augen die dem linken Bein oder Arm gegebenen Stellungen nicht nachahmen, kann nicht angeben, ob die Hand zur Faust geballt ist oder nicht, und empfindet angeblich auch nicht den Druck aufgelegter Gewichte. Thatsächlich vermag sie 10 Gr. von 50 Gr. Patronen nicht zu unterscheiden, oder verwechselt sie dieselben bei geschlossenen Augen. Dagegen kann sie eingeübte, gleichsam mechanische Verrichtungen, wie

das Binden der Röcke, mit der linken Hand nicht ungeschickt vollführen.

Die Erregbarkeit der Muskeln ist beiderseits sehr gross, dementsprechend auch der periosteale Reflex.

Die Prüfung des Sehfeldes ergibt links eine sehr bedeutende concentrische Einengung, besonders für Roth (circa 15°), weniger für Blau (28°), am wenigsten für Weiss. Rechts normale Verhältnisse. Pupillen, deren Reaction und Augenmuskelfunction normal.

Das Gehör ist links ganz erloschen. Patientin hört hier gar nicht das Ticken der Uhr, auch nicht, wenn dieselbe an die Schädelknochen angelegt wird.

Lähmungen, Paresen oder Contracturen der Musculatur bestehen nicht.

Bezüglich der Hautanästhesie und Analgesie gibt die Patientin an, dass dieselbe seit dem Erscheinen der Eruption an ihrem Arme sich eingestellt habe. Sicher ist, dass zur Zeit ihrer Anwesenheit auf der Klinik im Jahre 1887 (26. Juli bis 6. August) die Wunde an der linken Wange überaus schmerzhaft war und weiters gibt sie an, dass sie bei der Plastik-Operation im April 1888 trotz Cocaininjection Alles gespürt habe.

Im Verlaufe der späteren Tage zeigte sich auf Faradisation stellenweise Rückkehr der Hautempfindlichkeit, jedoch in schwachem Grade.

Die kleinen Börkchen fielen ab, an der Stelle der tiefen Wunde bildete sich eine hypertrophische, derbe, keloide Narbe, vor deren vollständiger Ueberhäutung die Patientin am 8. März 1889 (zweiundzwanzig Tage Aufenthalt) entlassen wurde.

Nach dem was ich jetzt über diese Krankheitsform weiss, bin ich nicht im Geringsten im Zweifel darüber, dass die Patientin im Jahre 1887, als sie wegen der angeblichen Aetzwunde der linken Wange auf die Klinik gekommen war, dieselbe Affection wie die letzte hatte und die jetzige Erkrankung also die zweite ist. Sie hatte angegeben, dass vierzehn Tage vor ihrem Spitalseintritte an der linken Wange eine Blase entstanden war, und dass eine Frau ihr eine Salbe applicirte, worauf die ganze Wange verschorfte. Es sah aus, wie nach Pyrogallus-Aetzung. Ich veranlasste die Anzeige. Es kam zur Untersuchung. Man confiscirte

bei der „Curpfuscherin“ eine Menge Salben und Pflaster und veranlasste eine gerichtlich-chemische Untersuchung. Es ergab sich nur in einer der saisirten Salben Kupfervitriol, aber in so geringer Dosis, dass ich gegen die Aetzung durch diese Salbe mich aussprechen musste. Jetzt glaube ich bestimmt, dass die Verschorfung eine spontane und von derselben Art war, wie die in der letzten Erkrankung entstandene.

III. Fall.

Jäger Johanna, 24 Jahre, Dienstmagd, Wien, erschien im klinischen Ambulatorium am 2. Mai 1877. Sie ist nur einmal erschienen und es wurde sofort eine Skizze ihrer Hauteruption angefertigt.

Man sieht an der Volarfläche des Vorderarmes zahlreiche stecknadelkopfgrosse bis linsengrosse flache Bläschen, deren jedes eine centrale Verschorfung des Coriums zeigt. Die Bläschen sind grösstentheils gruppirt, oder in Kreislinie gestellt, wenige disseminirt. Zumeist nach vorne eine 4 Ctm. lange und $^1/_2$ bis 1 Ctm. breite, und eine kreuzergrosse scheibenförmige Verschorfung, die aus einzelnen Schorfscheibchen sich zusammensetzt und peripher von einem Kranz stecknadelkopfgrosser Bläschen eingefasst ist. Es ist evident, dass diese aus Gruppen verschorfender Bläschen hervorgegangen sind. Die Eruption hatte vierzehn Tage vorher begonnen.

Im äusseren Dritttheil des Ellbogenbuges zwei quergestellte, je 4 Ctm. lange und 1 Ctm. breite vascularisirte Keloide.

Diese waren die übrig gebliebenen Zeichen einer ganz analogen Erkrankung, welche nach Angabe der Kranken zwei Jahre vorher an jener Stelle stattgefunden hatte.

Wir hatten also in diesem Falle ebenfalls die zweite Eruption vor uns.

IV. Fall.

Dieser betrifft einen Mann, der im Jahre 1877, kurz vor der Kranken Fall III im Ambulatorium erschienen war und ebenfalls an der Volarfläche des linken Vorderarmes die beschriebene Form von Erkrankung in mehreren verschorfenden Bläschengruppen und Streifen zeigte.

Ich habe diesen Kranken nicht mehr gesehen.

Es fragt sich nun, was hat der Process in all diesen Fällen zu bedeuten?

Zieht man das Auffälligste, die Verschorfung und die nach Ablösung der Schorfe resultirenden Substanzverluste und keloiden Narben in Betracht, so wäre die nächstliegende Vorstellung die, dass man es mit künstlichen Verschorfungen, Anätzungen zu thun hätte, etwa von Kal. caust. oder Salpetersäure, wobei man die punktförmigen und linsengrossen Schörfchen als durch Verspritzen der Aetzflüssigkeit entstanden sich vorstellen könnte.

Eine solche Meinung muss von vorneherein fallen gelassen werden.

Wenn man die fertigen Schorfe oder deren Folgen, die Substanzverluste, vor sich sieht, ist eine Verwechslung mit Aetzung leicht möglich. Gerade der zweite Fall ist ein Beleg dafür. Die Kranke ist im Jahre 1887 mit einem die ganze linke Wange occupirenden, mit üppigen und schmerzhaften Granulationen besetzten Substanzverluste auf die Klinik aufgenommen worden. Sie hatte angegeben, dass sie vierzehn Tage vorher eine Blase auf der Wange bemerkt und dagegen von einer Curpfuscherin eine scharfe Salbe applicirt erhalten habe. Die in Folge dessen veranlasste Untersuchung hat, wie schon erwähnt, kein Resultat ergeben. Heute ist es mir wahrscheinlich, dass damals der gleiche Process, wie jetzt den linken Arm, die linke Wange betroffen hatte und wir im Irrthume waren, den Substanzverlust auf künstliche Verätzung zurückzuführen.

Bei dem in Rede stehenden Processe betrifft die Verschorfung den Papillarkörper und das Corium primär, bevor die Epidermis verändert ist. Man sieht also durch die unveränderte Epidermis oder durch den Bläscheninhalt hindurch die nekrotische Verschorfung und kann daher die artificielle Verätzung ausschliessen.

Es fragt sich also, ob wir eine sogenannte spontane Gangrän vor uns haben, wie sie als multiple spontane, oder von mir als neurotische und hysterische spontane Gangrän beschrieben worden ist. Ich erinnere an einen solchen, ein junges Mädchen betreffenden Fall, der von Neumann 1882 in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vorgeführt wurde, an einen Fall, den ich von Kalb daselbst mitgetheilt, und an den eclatanten

Fall, den Doutrelepont 1886 in diesem Archiv mitgetheilt hat. Hier, wieder eine junge Frauensperson betreffend, war nach Verletzung des linken Zeigefinger durch eine Nadel, am linken Arm monatelang an verschiedenen Stellen und dann innerhalb zwei Jahren nahezu am ganzen Körper herdweise, spontane Gangrän mit folgenden Substanzverlusten und Keloiden entstanden.[1])

Wesentlich für alle diese Arten von Gangrän ist, dass urplötzlich an einer kreuzer- bis thalergrossen Stelle die Haut geschwellt, geröthet, schmerzhaft wird und binnen wenigen Stunden von der Tiefe des Coriums aus punkt- und flächenhaft Verfärbung und Mortification eintritt, in welche dann auch die obersten Gewebsschichten mit einbezogen werden, worauf der Schorf sich ablöst unter gleichzeitig erfolgender Vernarbung der Basis, oder indem der Schorf unter reactiver Entzündung und Eiterung sich ablöst, ein Substanzverlust resultirt, der mittelst Granulationen und meist keloider Narbe verheilt.

Auch mit diesem Processe, der multiplen spontanen oder neurotischen oder hysterischen Gangrän, stimmt die hier vorgeführte Krankheitsform nicht. Bei jenem hat man nur flächenhafte Verschorfung und einen irregulären, auf Monate und Jahre sich erstreckenden Verlauf von Erscheinungen und Intervallen und dies Alles ohne jegliche anatomische Regelmässigkeit.

Bei unserem hier beschriebenen Krankheitsprocesse ist ausser den flächenhaften Verschorfungen charakteristische Efflorescenzbildung, vorwiegend in Gruppenform zu sehen, an den Flächenschorfen selbst eine Zusammensetzung aus solchen zu erkennen und ein cyklischer Verlauf der Erkrankung derart, dass ein auf vier bis acht Tage sich erstreckendes Eruptionsstadium erscheint, worauf nur die physiologischen Rückbildungssymptome folgen.

Berücksichtigt man diese Momente: Efflorescenzbildung in Form von gruppirten Knötchen und Bläschen, Verschorfung an

[1]) Auf dem I. Congresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Prag, Juni 1889, hat Doutrelepont mitgetheilt, dass an der genannten Kranken seither ebenfalls zoster-ähnliche verschorfende Bläschengruppen in wiederholten Ausbrüchen nebst Erscheinungen von Hysterie entstanden sind und dass er daher diesen Fall auch als Anologon der meinigen betrachte.

deren Basis und cyklischen Verlauf, so kann der hier in Rede stehende Process nur als Zoster gangraenosus angesprochen werden.

Was gegen den als solchen gekannten typischen Process absticht, ist die wiederholte Recidive, wie in dem Falle I, das zweimalige, in ein- bis zweijährigem Intervall Erscheinen in Fall II und III, die Incongruenz der Hauteruption mit einem Spinalnervenverlaufe oder dem des Trigeminus, und die Doppelseitigkeit.

Doppelseitigkeit kommt auch bei Zoster vor. Ich kenne mehrere Fälle von Zoster trigemini bilateralis, einen doppelseitigen Zoster occipito-cervico-brachialis und einen Zoster sacroischiadicus. Aber da ist doch die strenge Congruenz mit dem Nervenverlaufe an beiden Körperhälften nachweislich.

Was die Recidiven anbelangt, so ist eine zweimalige Erkrankung an Zoster und diese auch nur in grossen Zeitintervallen ein zwar beobachtetes, aber doch höchst seltenes Ereigniss.

Ein Verständniss des Processes dürfte aber angebahnt werden durch Betrachtung jenes bekannten Falles von Zoster gangraenosus recidivus, den ich im Jahre 1874 in der Gesellschaft der Aerzte in Wien vorgestellt und wiederholt besprochen habe.[1]) In diesem Falle sind dreizehn Recidiven erfolgt, darunter die erste und die meisten anderen Eruptionen im Bereiche des Plexus brachialis dexter und des ersten bis sechsten Intercostalnerven rechts, drei als Zoster cervico-brachialis sinister und eine als Zoster sacro-cruralis dexter. In diesem Falle waren die Eruptionsformen und Gangränescenz ganz analog den hier vorgestellten Fällen. Allein, während in jenen volle Congruenz mit den jeweiligen Nervenvertheilungen statthatte, fehlt diese bei unseren jetzigen Fällen und bezieht sich die Uebereinstimmung nur auf die Art der Hautveränderung, den cyklischen Verlauf der einzelnen Ausbrüche und auf die Recidiven.

---

[1]) Kaposi, Eine eigenthümliche Form von Zoster, Wiener med. Wochenschr. 1884, Nr. 25 und 26; Zoster recidivus, ibid. 1875, Nr. 22 und 23, ibid. 1876, Nr. 1 und 2; Zur Aetiologie des Zoster, Wiener med. Jahrb. 1876, 1. H., 1 Taf. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1874, pag. 411, 1875, pag. 522, 1874, pag. 448.

Ich mache insbesondere aufmerksam auf die Area der Tafel VI über der dritten Rippe vorn, auf welcher zahlreiche flache Bläschen mit je einem centralen Schorfe zu sehen sind; ferners auf ein geröthetes Feld über der Mamma, welches eine erythematöse Schwellung darstellt als Vorstufe der Bläscheneruption und die in dem Falle drei bis vier Stunden nach Auftauchen der Röthung an anderen Stellen sich entwickelt hatten; endlich auf die streifenförmigen Schorfe, welche in einem früheren Stadium, als die Abbildung entspricht, umsäumt waren von einem ein- bis mehrfachen Bläschenkranz, je nachdem die centrale Verschorfung mehr oder weniger bis an die Peripherie vorgeschritten war. Auch haben zwei bis drei Tage hintereinander solche periphere Bläschenschübe stattgefunden.

Indem ich also diese Uebereinstimmung für genügend erachte, um unsere Fälle als Zoster gangraenosus recidivus zu bezeichnen, muss ich dieselben, mit Rücksicht auf die Abweichung in der anatomischen Vertheilung, als atypischen Zoster gangraenosus ansehen.

Es fragt sich nun, welche innere Bedeutung dem Processe zukommt.

Jeder Zoster ist seiner eigentlichen Ursache nach eine neurotische Affection, da ja nach den vielfachen vorliegenden histologischen Untersuchungen (Baerensprung, Rayer, Weidmann ich u. v. A. für die Spinalganglien, Wyss, Sattler, ich für das Ganglion Gasseri) für jeden Zoster eine Erkrankung des bezüglichen Ganglion oder Nerven als Ursache angenommen werden kann. Die Frage, ob die Vasomotoren allein oder die hypothetischen trophischen Nerven dabei in Betracht kommen, will ich hier nicht weiter erörtern, und ebenso die specielle Aetiologie (mechanische, Neoplasmen, andere hypothetische) für eine nächste Besprechung reserviren. Dagegen muss ich betonen, dass ich bereits bei Besprechung jenes, ein Unicum darstellenden Zoster recidivus zu der Annahme gedrängt wurde, dass für denselben nicht eine Erkrankung der Spinalganglien allein, sondern der vasomotorischen Centren des Rückenmarkes angenommen werden müsse.

Für die auf so weite Gebiete des Nervensystems zerstreuten Eruptionen, welche die gegenwärtigen Fälle darbieten, muss im

Gleichen eine zeitweilige Erkrankung oder Labilität der spinalen und vielleicht auch der cerebralen vasomotorischen Centren postulirt werden.

Solche Störungen und deren Folgen sind aber in ähnlicher unberechenbarer Häufigkeit und Mannigfaltigkeit bei Hysterischen zu beobachten.

Die Fälle der beschriebenen Erkrankung nun, die ich gesehen, haben nicht hervorstechende Merkmale der Hysterie dargeboten. Aber es sind doch die Betroffenen als Hysterische anzusprechen. Es waren, Fall V eines männlichen Individuums ausgenommen, durchwegs jugendliche weibliche Personen, ihr Sensorium stumpfsinnig, träge, die Kranke des Falles I unregelmässig menstruirt; es sind Parästhesien bei ihr constatirt worden. Die Kranke Fall II zeigte aber complete linksseitige Hemianästhesie.

Wir haben also allen Grund, die Affection als eine auf hysterischer Grundlage beruhende, vasomotorische oder trophoneurotische Störung zu betrachten und das Krankheitsbild als Zoster gangraenosus hystericus zu bezeichnen.

Eine vollständigere Aufklärung können nur weitere Beobachtungen bringen. Das Vorgebrachte dürfte aber genügen, um die Diagnose solcher klinischen Vorkommnisse als eigenartiger Krankheitsprocesse und ihre Absonderung von den ähnlichen spontanen und artificiellen Gangränformen zu ermöglichen.

Erklärung der Tafel im Texte.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** in Breslau.)

Varia.

1. **Tortora.** Lo stato attuale della patologia venereo-sifilitica. — Il Morgagni, 1889, 3.
2. **Marchand** Gérard. Recherches sur les lymphatiques des téguments des organes génitaux chez l'homme. — Bullet. de la société anat. de Paris 1888, März.
3. **Róna** S. Ein Fall von Ganglion penis nach Trauma des erigirten Gliedes. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1889, Nr. 9.
4. **Kümmell** Hermann. Die operative Behandlung der Prostata-Hypertrophie. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 16.
5. **Verchère** et **Le Roy.** Cornes de la verge implantées sur des kystes sébacés siégant au niveau de la cicatrice d'une circoncision ancienne. — Bullet. de la société anat. 1888.
6. **Sinclair.** Circumcision. — Lancet 20, IV., 1889.
7. **Woodbury.** Seminal Emissions. — Philadelphia Med. Times, April 1889.
8. **Vansant** E. L., Salol in the Treatment of Cystitis. — Philadelphia Med. Times 1889, Nr. 550.

Tortora (1) berichtet in seinem Vortrage, welcher den gegenwärtigen Stand der Pathologie der Syphilis und der localen venerischen Krankheiten zum Gegenstande hat, über drei Impfversuche, die er mit dem Secrete weicher Schankergeschwüre an fiebernden Kranken angestellt hat. Aus diesen Versuchen geht, wie er glaubt, hervor, dass der Eiter venerischer Geschwüre bei Individuen, deren Temperatur 38° C. übersteigt, nicht haftet, dass daher, wenn das specifische Agens des Ulcus molle ein Mikroorganismus ist, dieser bei einer Temperatur über 38° C. nicht lebensfähig ist. Weiters folgert Tortora daraus, dass Adenitiden mit einer sehr hohen localen Temperatur wegen des Absterbens des (unbekannten) Contagiums des Ulcus molle nicht ulcerös sein können. Die Möglichkeit, dass bei langsam sich entwickelnden Adenitiden die Mikroorganismen nicht absterben, und dass nach Eröffnung des Drüsenabscesses die Adenitis in Folge des dann eintretenden Fallens der Temperatur doch ulcerös werden könne, will Tortora nicht leugnen. Dornig.

Marchand (2) macht das Verhalten des Lymphgefäss-Systems in dem Integument der Genitalorgane zum Gegenstande eingehender Unter-

suchungen. Im Allgemeinen kommt er zu dem Resultat, dass die Lymphgefässe dieser Localität sich durch ganz besondere Anordnung auszeichnen, die sie dazu befähigt, den Volums- und Gestaltveränderungen, mit ihren Verschiebungen, Dehnungen und Zerrungen bequem folgen zu können. Am Scrotum zeichnen sich die Lymphgefässe durch ein ausserordentlich dichtes Maschenwerk aus, das bereits bei ganz jungen Föten, bei denen eben erst eine Verschmelzung beider Scrotalhälften eingetreten war, im Verlauf der Raphe mit der anderen Seite reichliche Anastomosen eingeht. Ebenso besteht zwischen Scrotalhaut und Haut des Penis ein dichtes Anastomosennetz, so dass bei Injectionsversuchen an der Wurzel des Scrotum von der Raphe aus, sich das Quecksilber nach beiden Theilen gleichmässig rasch ausbreitet. Die Lymphcapillaren des Scrotums sammeln sich zu zehn bis zwölf grösseren Stämmen, die theils innerhalb der Raphe, theils parallel mit ihr verlaufend den innersten Inguinaldrüsen zustreben. Ihre Dicke ist individuellen Schwankungen unterworfen und kann bis 2 Mm. betragen. Sie verlaufen in dem Zellgewebe, das die tiefe Scrotalfascie von der Tunica vaginalis trennt, ohne jedoch mit letzterer irgendwie in Beziehung zu treten, während einige Stämme in sagittaler Richtung durch das Septum medianum scroti verlaufen. Kreuzungen benachbarter Lymphstämme in 8-Form kommen an den Wurzeln der Lymphgefässe häufiger vor, dann laufen sie ziemlich isolirt, aber convergirend gegen die Wurzel des Scrotum hin, wo sie zu etwa zehn bis zwölf grösseren Stämmen zusammentreten, von denen die vorderen im Bogen die Seiten des Scrotum zu gewinnen suchen, um auf die Oberschenkel überzugehen. Die Lymphgefässe des Präputium und der Haut des Penis zeigen ein bemerkenswerthes Verhalten. Es ist dem Verfasser auf keine Weise gelungen einen Zusammenhang zwischen den Lymphgefässen des äusseren und des inneren Vorhautblattes nachzuweisen. Dagegen bestehen nahe Beziehungen zwischen dem Lymphsystem der inneren Vorhaut-Lamelle und der Glans, während die äussere Lamelle durch ihr Lymphsystem mit der Haut des Penis communicirt. Auf der Unterseite des Penis innerhalb und parallel mit der Raphe verlaufen mehrere grössere Lymphgefässstämme, von denen nach beiden Seiten im rechten Winkel eine Anzahl Gefässe, die Schwellkörper umgebend, in die Höhe steigt. Auf dem Dorsum penis angelangt, ändern sie plötzlich wieder ihre Richtung, bilden dabei zuweilen einen kleinen Knäuel und streben dann geradlinig der Wurzel des Penis zu, wobei sie öfters mit einander, niemals aber mit dem dorsalen von der Glans kommenden Strang anastomosiren. An der Glans existirt ein oberflächliches und ein tiefes, weniger dichtes Lymphnetz, zwischen welchem klauenförmig gebogene Verbindungsäste verlaufen. Aus dem tiefen Netz wird die Lymphe nach der Gegend des Frenulum praeputii abgeführt, wo ein grosser Stamm sie alle aufnimmt. Dieser steigt, nach beiden Seiten die Eichel im Sulc. coronarius wie eine Halskrause umgebend, wieder nach oben empor, wobei er auch das Lymphsystem der inneren Vorhaut-Lamelle in sich aufnimmt. Hierbei wird beiderseits vom Frenulum ein Plexus, der Lateralplexus, gebildet. Auch am Dorsum penis laufen nun jene beiderseitigen Lymphstämme, entweder selbstständig, oder sich zu einem vereinigend, nach der Wurzel zu weiter, wo sie das Ligamentum suspensorium entweder ein- oder doppelseitig umkreisen, um in der oberen inneren Inguinaldrüse ihr Ende zu finden. Dieser dorsale Lymphstrang zeigt in seinem Verlauf eine eigenthümliche Anordnung, deren Wesen darin besteht, dass derselbe nicht geradlinig gestreckt verläuft, sondern in seinem Verlauf verschiedene Biegungen und Krümmungen aufweist. Im Anfang des Verlaufes zeigen dieselben Knäuelform, auf der übrigen Strecke und besonders am Lig. suspensorium Schleifenform. Die Regelmässigkeit und Gesetzmässigkeit ihres Vorkommens weist auf einen in der Function des Gliedes liegenden

physiologischen Grund hin (Anpassung an die Grössenveränderung bei der Erection, Erschwerung und Verzögerung des Lymphabflusses). Variationen des dorsalen Stranges kommen vor bezüglich seiner Anzahl, seines Kalibers, seiner Länge und Lage. Die Wurzeln der Lymphgefässe der Urethra stehen mit dem Netz der Glans in Communication, sind paarig vorhanden, kreuzen am Frenulum den Boden der Harnröhre, wenden sich nach oben, verlaufen eine Zeit lang in der unteren Rinne der Schwellkörper, um dann schliesslich, dieselben umkreisend, ebenfalls in das grosse dorsale Gefäss einzumünden.
Köhler.

Ein dreiundfünfzigjähriger Handarbeiter bemerkte am Tage nach einem langandauernden und im trunkenen Zustande ausgeführten Coitus Schmerzen im Penis, als deren Ursache er eine nussgrosse, consistente Geschwulst am Penis, an der oberen Fläche knapp vor der Symphyse und eine kleinere, vorn unterhalb der Eichelkrone fand. Nach drei Monaten wurden die Geschwülste kleiner, flacher und härter. Nach einem weiteren Monat hatte sich Chorda eingestellt. Acht Monate nach der Verletzung consultirte Patient Róna (3), der constatirte, dass die Knoten in den Corpora cavernosa sich befanden und zwar grösstentheils in der Albuginea. Behandlung mit Massage, Resorbentien und Elektricität, sieben Monate hindurch, war ohne Erfolg. Ja es bildete sich sogar, in Folge der Massage, ein neuer, bohnengrosser Knoten im rechten Schwellkörper. Wahrscheinlich entstanden die Knoten durch Zerreissung von Blutgefässen der Corpora cavernosa oder durch partielle Ruptur der Tunica fibrosa. Sternthal.

Kümmell (4) hat mit der operativen Behandlung der Prostata-Hypertrophie gute Erfolge erzielt. Er räth, die Operation anzuwenden bei jenen Patienten, „bei denen meist im Anschluss an ein lange Zeit vorhandenes Blasenleiden eine plötzliche Urin-Verhaltung eintritt, bei denen der Katheterismus gar nicht oder nur mit grosser Schwierigkeit, oft mit Herstellung falscher Wege gelingt und bei denen sich dann rapide ein jauchiger Blasenkatarrh entwickelt.“ Contra-Indication bildet eine weit vorgeschrittene Mitbetheiligung der Nieren. Kümmell hat in seinen Fällen den hohen Blasenschnitt angewendet. Während die Blase durch Längenschnitt eröffnet wird, soll gleichzeitig durch einen Nélaton'schen Katheter fortwährend antiseptische Lösung durchgespült werden, und von oben her strebt man durch Austupfen mit Schwämmen eine möglichste Desinfection an. Die in die Blase hineinragende hypertrophirte Prostata wird mit einer Zange gefasst, möglichst weit nach oben in das Gesichtsfeld gezogen und davon mit dem Paquelin'schen Messerbrenner oder einer Glühschlinge so viel als möglich langsam abgesengt, eventuell in mehreren Partien nacheinander. Dann Dilatation mittelst Hegar'schen Dilatators und Einlage eines möglichst dicken Dauerkatheters. Nach Blutstillung und nochmaliger ausgiebiger Desinfection wird die Blase mit Jodoformgaze ausgefüllt (um die Schleimhaut mit einem antiseptischen Material in Berührung zu bringen und den vorhandenen Katarrh möglichst zu beseitigen) und die Blasenwunde durch fortlaufende Naht geschlossen, vor deren vollständigem Schlusse die Jodoformgaze wieder entfernt wird. Die Schleimhaut wird gesondert genäht, dann folgen zwei, respective drei Reihen fortlaufender Catgutnähte, welche Muscularis, respective das perivesicale Gewebe durchdringen. Nun wird die Haltbarkeit der Naht durch Irrigatordruck von $1-1\frac{1}{2}$ Mtr. geprüft. Die genähte Blase und der perivesicale Raum werden mit Jodoformgaze ausgefüllt, die Bauchwunde durch Anlegung einiger Nähte verkleinert und mit dem Verbande bedeckt, nachdem ein möglichst dicker Nélaton'scher Katheter eingelegt ist. Der erste Verband bleibt, wenn möglich, zehn Tage liegen; die Jodoformgaze wird entfernt, und Schluss der äusseren Wunde per

granulationem angestrebt. Vom vierzehnten Tage ab kann der Nélaton'sche Katheter entfernt werden. Kümmell hat auf diese Weise sechsmal die Blasennaht ausgeführt (dreimal nach Exstirpation von Tumoren, dreimal nach Entfernung der hypertrophirten Prostata) und hat in vier Fällen definitive, primäre Heilung erzielt. Wichtig ist die Nachbehandlung: Durch Strychnin-Injectionen, Darreichung von Nux vomica, durch Ausspülung der Blase mit geeigneten kalten Lösungen, durch intravesicale Anwendung der Elektricität soll die Thätigkeit der in ihrer Functionsfähigkeit erlahmten Musculatur nach Möglichkeit gehoben werden. Drei Krankengeschichten, Patienten im Alter von fünfundsechzig, siebzig und zweiundsiebzig Jahren betreffend, zeigen, wie vorzügliche Resultate sich mit dieser Methode erzielen lassen. Sternthal.

Verchère et Le Roy (5) demonstriren zwei Cornua cutanea, welche auf der Basis einer Talgdrüse in einer alten Circumcisionsnarbe wuchsen. Ihre Grösse betrug ungefähr ein Jahr nach der Circumcision 15 Ctm. in der Länge und 17, respective 3 Ctm. im Durchmesser. Im Anschlusse an einige andere derartige Fälle glauben die Verfasser berechtigt zu sein, auch an eine cicatricielle Aetiologie der Hauthörner glauben zu dürfen.
Galewsky.

Sinclair (6) beschreibt „Sapit Berúhnah", das Circumcisions-Instrument der Malayen mit einer Modification von Arnold & Sons (London). Das zangenartige und verstellbare Instrument enthält eine Höhlung zur Aufnahme der Glans. In der Mitte der die Höhle bergenden Hülse verläuft ein langgerichteter Spalt, der bei der Operation möglichst verengert wird und dessen Ränder den Charakter eines schneidenden Messers tragen.
Friedheim.

Woodbury (7) gibt bei Pollutionen kalte Bäder; einmal täglich die Kühlsonde; 2 Gr. Digitalis vor dem Schlafengehen; eine Pille enthaltend: 0·006 Zinc. phosphorat. und 0·015 Nuc. vomic. nach jeder Mahlzeit. Er verbietet den Patienten schwer verdauliche Nahrungsmittel und lässt dieselben nicht spät Abends essen, auch räth er denselben, das Schlafen auf dem Rücken zu vermeiden. Zeising.

Vansant (8) berichtet über sehr gute Erfolge, die er von Salol in Pillenform und Dosen von 5 Gr. vierstündlich, bei Cystitis gesehen hat.
Sternthal.

Gonorrhöe und deren Complicationen.

1. **Legrain.** Les Microbes des écoulements de l'urètre. — Nancy, bei Paul Sordoillet, 1888.
2. **Schütz.** Ein Beitrag zum Nachweise der Gonococcen. — Münchner med. Wochenschr. 1889, Nr. 14.
3. **Straus.** Présence du gonococcus de Neisser dans un écoulement uréthral survenu sans rapports sexuels. — Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. 1889, März.
4. **Eraud.** Recherches sur la blennorrhagie uréthro-vagino-utérine de la femme. Société de médecine de Lyon (Séances du 16 Juillet et du 19. Novembre 1888). — Ann. des mal. des org. gén.-urin., Octobre 1888, pag. 698, Janvier 1889, pag. 57.
5. **Welander.** Recherches sur le gonococcus dans la blennorrhagie de la femme. — Bullet. méd. 1888.

6. **Ely** John S. A case of malignant endocarditis; Infection apparently from Urethritis. Read before the Anniversary Meeting of the New-York Pathological. — The Med. Record, 16. März 1889.
7. **Price.** Gonorrhoeal Diseases of the uterine Appendages. — Philadelphia Med. Times, 15. März 1889, Nr. 553.
8. **Charier** et **Février.** Manifestations spinales de la blennorrhagie. — Revue de méd. 1888, 12.
9. **Molènes.** Sur un cas d'érythème blennorrhagique. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 2.
10. **Hugues** und **Neudörfer.** Deux nouveaux traitements de blennorrhagie. — Semaine méd. 1889.
11. **M'Caw** John. A Case of acute Gonorrhoea treated by a New Method. — The Dublin Journ., March 1889.
12. **Girdner** F. H. The Rational treatment of strictures of the male urethra. Referat. — The Med. Record, 16. Mai 1885.
13. **Fort** J. A. Nouveau procédé pour guérir les rétrécissements de l'urèthre rapidement et sans aucun danger. — Paris, A. Delahaye 1888.
14. **Brennan.** Gonorrhoeal Vaginitis. — Philadelphia Med. Times. April 1. 1889. Uebersetzt aus L'union méd. du Can.
15. **Dumontpallier.** Therapie der Endometritis. — Gaz. méd. de Paris 1888, Nr. 31.
16. **Peyer.** Die Phosphaturie. — Sammlung klin. Vorträge von Volkmann. Nr. 336.

Legrain (1). Wenngleich der Micrococcus gonorrhocae Neisser sich allgemeine Anerkennung als Erreger der Gonorrhöe errungen hat, so werden doch von vielen Autoren Beobachtungen mitgetheilt, denen zu Folge Urethritiden vorkommen, in deren Secreten die genannten Mikroben nicht zu finden seien, wohl aber andere bacterielle Elemente nachgewiesen werden könnten. Hiedurch veranlasst, hat Verfasser die Mikroben, welche sich in Ausflüssen aus der Urethra finden, zum Gegenstande seiner Forschung gemacht. Er ging hierbei von der Ueberzeugung aus, dass der Micrococcus gonorrhoeae Neisser als der Erreger der gonorrhoischen Ausflüsse bezeichnet werden müsse, da die „von Pasteur geforderten" Bedingungen erfüllt seien, nämlich 1. die bezeichneten Coccen stets in gonorrhoischem Eiter zu finden seien, 2. es gelungen sei, sie rein zu züchten, 3. ihre Reincultur auf gesunde Harnröhrenschleimhaut übertragen, die gleiche Erkrankung verursache. Legrain hat sechzehn verschiedene Formen gefunden, von denen zwölf sich als Coccen, drei als Bacillen und eine als Spirillen bezeichnen lassen. Indem nun Legrain zur Beschreibung der einzelnen Formen übergeht, beginnt er mit dem 1. Micrococcus gonorrhoeae (Neisser), welchen er als einen aus zwei gleichgrossen, ovoiden, an der Innenfläche sanft eingekerbten Elementen bestehenden Diplococcus beschreibt, welcher zumeist in Haufen, innerhalb der Zellen sich befinde, nach Gram sich entfärbe. Er wachse auf menschlichem Blutserum, wie Bumm angegeben, Bockhart und Kreis bestätigt haben (Legrain scheint keine Culturversuche auf Blutserum gemacht zu haben), Agar-Agar, Gelatine und in Bouillon. (Die letzteren Angaben muss Referent in Zweifel ziehen, da es ihm trotz vielfach wiederholter Versuche nie gelungen ist, auf Agar-Agar, Gelatine oder Bouillon Gonococcen zu züchten.) Um Culturen auf Agar-Agar anzulegen, dürfe man weder den Eiter verwenden, welcher während der ersten Stunden nach Beginn der gonorrhoischen Erkrankung ausgeschieden werde und sehr wenige coccenbesetzte Zellen enthalte, noch auch den Eiter der subacuten Periode, welchem zu viele anderweitige Bacterien beigemengt seien. Man müsse den Eiter während der ersten Tage, frühestens

fünfzehn Stunden nach Beginn des Ausflusses, und zwar nur von solchen Individuen nehmen, welche nicht schon vorher mit einem Tripper behaftet gewesen seien. Das vorherige Auswaschen der Urethra mit sterilisirtem Wasser oder mit einer antiseptischen Lösung habe auf Menge und Art der in dem Urethral-Secret enthaltenen Bacterien keinen Einfluss. (Auch hier muss Referent lebhafte Zweifel erheben und kann die Aeusserung nicht unterdrücken, dass Legrain an keiner Stelle angibt, aus welchem Theile der Urethra und unter welchen Cautelen er das Secret entnommen habe, ob und wie er die Glans, den vordersten Theil der Urethra, um nicht zu sagen die ganze Fossa navicularis, in welchen ja sicherlich Bacterien von aussen eingedrungen sein können, gereinigt oder ausgeschaltet habe. Hiedurch scheinen seine Untersuchungen, insbesondere soweit dieselben die neben dem oder ohne den Gonococcus die Urethra ständig bewohnenden Mikroben betreffen, an Verlässlichkeit Einbusse zu erleiden.) Untersucht man die mit Trippereiter beschickten, einer Temperatur von 35 Grad ausgesetzten Gläser nach zwanzig Stunden, so finde man das Eitertröpfchen in eine wenig zusammenhängende Masse verwandelt, in welcher die anatomischen Elemente im Zerfalle begriffen seien, die Kerne zerstreut, undeutlich erscheinen, während die freigewordenen, vermehrten Coccen um sie herumschwärmen. Später finde man nur eine körnige Masse, welche Anilinfarben schlecht aufnehme und mit Diplococcen gleichmässiger Form besät sei. Auf Kosten der anatomischen Elemente bilde sich die Coccencolonie, verbreite sich auf der Oberfläche des Nährbodens, bilde einen dünnen, hellen, durchsichtigen, regelmässigen Saum, der zu Ende des dritten Tages eine Breite von 3—4 Mm., am zehnten Tage von ungefähr 1 Ctm. erreiche. Die Colonie zeige eine glänzende Oberfläche, sei eher feucht als trocken, weich und zäh (visqueuse) und verliere allmälig die Regelmässigkeit ihres Contours. Um den ersten Kreis entwickelt sich ein zweiter, schmälerer Kreis, um diesen herum in der dritten Woche ein dritter, kreisförmiger Saum von noch geringerem Durchmesser. Dort, wo die Kreise zusammenstossen, bilden sich kleine Erhöhungen (Mamelons), welche die gleiche Durchsichtigkeit, wie die darunter liegende Cultur zeigen und die letzte Aeusserung ihrer Lebensfähigkeit darstellen. Impft man von diesen Culturen weiter, so nehmen die späteren Culturen rasch an Lebenskraft ab. In den günstigsten Fällen gebe, wenn die Weiter-Impfung alle sechs Tage vorgenommen werde, die vierte Generation einen Saum von höchstens 1 Mm. Durchmesser. Auf Gelatine gehe das Wachsthum, ob man durch Stich impfe oder einen Tropfen auf die Oberfläche setze, in derselben Weise vor sich (?). Setzt man die beschickte Gelatine einer Temperatur von 22 Grad Celsius aus, so entsteht nach einigen Tagen an der Impfstelle eine Vertiefung, welche am zehnten Tage 1 Ctm. tief reiche, eher auf einer Erweichung der Gelatine, als auf einer Verflüssigung beruhe, und in deren ganzer Höhe man Gonococcen finde (?). In Bouillon wachsen die Gonococcen bei 35 Grad. (Referent muss wiederholt bemerken, dass ihm trotz wiederholter Versuche die Cultur der Gonococcen auf Gelatine und Bouillon nicht gelungen ist, ebenso wenig auf einfachem Agar-Agar. Nur auf mit Fleischwasser, Eiweiss und Pepton versetztem Agar-Agar von sehr schwacher Alkalescenz hat Referent in vereinzelten Fällen ein spärliches Wachsthum wahrgenommen, das ungefähr dem von Legrain geschilderten ähnlich war. Da jedoch die Präparate aus diesen Colonien alle möglichen Formen von grossen und kleinen Coccen, grossen und kleinen Diplococcen, anscheinend Degenerations-Formen aufwiesen, zweite Generationen selten in geringem Masse, dritte Generationen gar nicht zu erzielen waren, hat Referent es nicht über sich gewinnen können, diese Culturen als Gonococcenculturen anzusprechen, obgleich die Präparate nach Gram'scher Methode die richtige Reaction

darboten, d. h. sich entfärbt zeigten. Nun führt zwar Legrain an, dass er an einem Meerschweinchen, dessen Conjunctiva er mit einer geglühten, in die beschriebene Cultur getauchten Nadel gerieben habe, eine vorübergehende, seröse Secretion wahrnehmen konnte, in welcher einige mit Gonococcen besetzte Eiterzellen zu finden gewesen seien. Da jedoch Referent bei einem Controlversuche — er hatte die Conjunctiva eines Meerschweinchens mit einem Glassplitter wundgerieben und reichlich gonococcenhaltigen, von einem frischen Tripper herrührenden Eiter eingebracht — nicht die geringste Secretion hat wahrnehmen können, so muss er auch gegen diese Angabe Zweifel erheben. Legrain führt ferner an, dass er mit einer ersten Cultur auf Agar-Agar, welche durch drei Wochen bei 35 Grad aufbewahrt worden sei, ferner mit einer fünf Tage alten Bouilloncultur Impfungen auf einer gesunden Harnröhrenschleimhaut vorgenommen habe, ohne das geringste Ergebniss zu erzielen, und führt dieses negative Resultat auf verminderte Lebensfähigkeit der Gonococcen zurück. Dem Referenten scheint die Annahme näher zu liegen, dass die Culturen, mit denen Legrain geimpft hat, keine Gonococcen-Culturen gewesen seien). 2. Der Diplococcus subflavus (Bumm), von Bumm im Secrete der Vagina und in den Lochien, von Lustgarten und Mannaberg, von Legrain im Eiter von Vaginitis, im blennorrhoischen Eiter, im Eiter aus Brustdrüsen-Abscessen gefunden, sei ein Diplococcus mit ungleichen Hälften, wachse auf Gelatine, Bouillon, Agar-Agar, nehme in den Culturen allmälig eine gelbe Farbe an, entfärbe sich nach Gram nicht. Verfasser erklärt ihn im Gegensatze zu Bumm für nicht pathogen, da sowohl Impfungen an Thieren, wie auf gesunder Urethralschleimhaut resultatlos geblieben seien. 3. Micrococcus citreus conglomeratus (Bumm), welcher sich sehr selten im blennorrhoischen Eiter finde, als Diplococcus auftrete in leicht angehenden Culturen auf Gelatine, Bouillon, Agar und Kartoffel, citronengelbe Farbe zeige und nicht pathogen sei. 4. Micrococcus ochroleucus, gefunden von Prove im Urin, von Legrain im Eiter einer nach Typhus aufgetretenen Urethritis in Gemeinschaft mit M. pyogenes aur., in Form von Diplococcen oder kurzen Ketten auftretend. Er bleibt nach Gram gefärbt, wächst auf Agar, Gelatine, Bouillon, Kartoffeln, hat in den Culturen einen faden, später schwefligen Geruch und ist nicht pathogen. 5. Micrococcus pyogenes albus und aureus. 6. Micrococcus aureus urethrae (Microcoque orangé de l'urèthre), von Legrain in einem Falle von Urethritis bei einem Manne und in grosser Menge in der Harnröhre von Hunden, nach Gram sich nicht entfärbend, dem Micrococcus pyogenes aureus sehr ähnlich und von ihm sich dadurch unterscheidend, dass er rascher wachse, die Gelatine verflüssige und nicht pathogen sei. 7. Micrococcus albus mit blattförmig geränderten Colonien (à colonies foliacées) selten im Urethral-Eiter, Diplococcen, welche in kleinen Haufen oder kurzen Ketten angeordnet seien, nach Gram gefärbt blieben. Auf Gelatine Platten wachse bei Zimmertemperatur nach einigen Tagen eine kleine kreisförmige Colonie, die sich allmälig mit einem blattförmig gelappten Saume umgebe, um welchen nach einigen Tagen ein zweiter Saum sich bilde, ohne zu verflüssigen. Er wächst auch auf Agar, Bouillon, Kartoffeln, ist nicht pathogen. 8. Diplococcus flavus, nicht verflüssigend. Diplococcen mit ungleichen Hälften, welche langsam auf Gelatine, besser auf Agar wachsen, nicht pathogen sind. (Gram?) 9. Grauweisser Mikrococcus, vermuthlich identisch mit dem von Lustgarten und Mannaberg beschriebenen Staphylococcus, bleibe nach Gram gefärbt, wachse langsam auf Gelatine, auf Kartoffeln und in Bouillon, gebe Colonien von grauweisser Farbe auf Agar, sei nicht pathogen. 10. Weisslichgelber Diplococcus wahrscheinlich identisch mit der sechsten, von Lustgarten und Mannaberg beschriebenen Form,

wachse auf Gelatine, ohne zu verflüssigen, auf Agar in Form eines grauweissen, später gelblich werdenden Bandes, sei absolut nicht pathogen. (Gram?) 11. Micrococcus lacteus faviformis (Bumm), von Legrain nur im Vaginalschleim gefunden und für identisch mit der siebenten von Lustgarten und Mannaberg beschriebenen Form angesehen. Ovoide Coccen oder Diplococcen, welche stets in Haufen oder Ketten angeordnet sind, nach Gram gefärbt bleiben, auf Gelatine, Agar, Bouillon, Kartoffeln wachsen. Culturen auf Agar seien grauweiss, zäh. (Pathogen?) 12. Micrococcus albicans amplus (Bumm), von Bumm nur im Vaginalschleim, von Legrain auch im Secret einer Urethritis gefunden; Diplococcen ähnlich den Gonococcen, aber grösser, wachsen auf Gelatine, Bouillon, Agar, auf letzterem Nährboden in Gestalt eines grauweissen, milchartigen, weichen Streifens. Sie bleiben nach Gram gefärbt und sind nicht pathogen. XIII. Bacillus Nr. 1. Unbewegliche Stäbchen, welche zu Fäden auswachsen können, Sporen bilden, nach Gram gefarbt bleiben, auf Gelatine verflüssigen und auf Agar wachsen, nicht pathogen sind. XIV. Bacillus Nr. 2. Im Urethral-Eiter seltene, wenig bewegliche Sporen bildende, nach Gram sich entfärbende Stäbchen, welche langsam auf Gelatine, ohne zu verflüssigen, schneller auf Agar in Form eines schmalen, durchsichtigen Streifens wachsen, nicht pathogen sind. XV. Bacillus Nr. 3, von Legrain im Secrete mehrerer chronischen Urethritiden und einer einfachen Urethritis gefunden, kurze, wenig bewegliche Stäbchen, welche häufig endständig, unter mehr oder weniger stumpfem Winkel an einander liegen, nach Gram gefärbt bleiben, auf Gelatineplatten verflüssigend wachsen. Legrain hat den Bacillus nicht in mehreren Generationen züchten und daher seine weiteren Eigenschaften nicht studiren können. XVI. Spirillum roseum, wahrscheinlich mit der spiralen Form identisch, welche Lustgarten und Mannaberg nicht haben züchten können, hat Legrain aus dem Eiter einer chronischen Urethritis in Form rother Colonien züchten können; deutlich gekrümmte Stäbchen, welche nach Gram sich entfärben und Sporen bilden, die sich nach Gram nicht entfärben. Die Culturen auf Gelatine — nicht verflüssigend —, auf Agar und auf Kartoffeln haben röthlichviolette Farbe. Nicht pathogen. Nachdem Legrain nun in ausführlicher Weise die Ergebnisse seiner bacteriologischen Untersuchung mitgetheilt hat, ergeht er sich in Betrachtungen über den Zusammenhang des Gonococcus mit der acuten Gonorrhöe, welcher zweifellos sei, über den Zusammenhang mit der chronischen Gonorrhöe, über welchen noch nicht völlige Klarheit herrsche, da bei chronischen Trippern der Nachweis der Gonococcen nicht immer gelinge, ferner über den Zusammenhang der Gonococcen mit „parablennorrhagischen" Erkrankungen, welcher dem Verfasser, soweit ihm verlässliche und correcte Beobachtungen zur Verfügung stehen, sehr zweifelhaft erscheint. In Bezug auf die Annahme von nach dem Coitus entstandenen Urethritiden nicht blennorrhoischer Natur empfiehlt Legrain die grösste Vorsicht, da man in den meisten derartigen Fällen bei genauer und wiederholter Nachforschung doch Gonococcen finden werde. Ihm sei nur ein derartiger Fall vorgekommen, entstanden nach dem Coitus mit einer Frau, die kurz vorher an einer retrouterinen Entzündung erkrankt gewesen sei. In dem Ausflusse dieser Urethritis habe er nur den Micrococcus cereus albus constatiren können. Einfache, nicht nach einem Beischlafe sich einstellende Urethritiden könnten durch mechanische Insulte, durch reizende Medicamente, wie Kanthariden u. s. w. veranlasst sein, träten zuweilen, wenngleich sehr selten im Verlaufe von fieberhaften Krankheiten auf. Legrain hat einen Fall nach Typhus gesehen, den er genau beschreibt und aus dessen Secret er den Microc. pyogenes aureus, M. ochroleucus, Diplococcus subflavus und den Microcoque à colonies foliacées gezüchtet hat,

Urethritiden tuberculöser Natur seien zwar von Klinikern angezeigt worden, exacte Beobachtungen über dieselben seien jedoch nicht vorhanden. Ihre Diagnose könnte nur durch den Nachweis Koch'scher Bacillen im Urethral-Ausfluss ermöglicht werden. Steinschneider.

Schütz (2) empfiehlt zur Färbung der Gonococcen auf Deckglaspräparaten fünf bis zehn Minuten langes Einlegen in fünfprocentiges Carbolmethylenblau, Abspülung in Wasser, momentanes Abspülen in essigsaurem Wasser (5 Tropfen Ac. acet. dilut. auf 20 Ccm. Aq. dest.), wiederum Abspülen in Wasser, Nachfärbung in sehr verdünnter wässeriger Safraninlösung (sehr kurze Zeit, weil sonst Ueberfärbung eintritt); es sind dann die Gonococcen sattblau, die Epithelien ebenfalls blau, die Eiterzellen und deren Kerne „lachsfarben". Differentialdiagnostisch hat leider auch diese Methode keine Bedeutung.

Straus (3) berichtet von einem sechzehnjährigen, noch wenig entwickelten Knaben, welcher — der Masturbation ergeben — zwei Tage, nachdem er „länger als gewöhnlich" onanirt hatte, an einem reichlichen eitrigen Urethralausfluss erkrankte, in welchem typische Gonococcenhaufen nachgewiesen werden konnten. Diese vermeintliche Thatsache wird statt auf eine Lüge des jugendlichen Kranken auf allgemein-pathologische Erwägungen zurückgeführt: der Gonococcus sei im Allgemeinen ein harmloser Bewohner der gesunden Urethra, nur wenn er durch irgendwelche äussere Eingriffe „gereizt" werde, dringe er ins Epithel ein und erzeuge die Blennorrhöe. Analogien zu dieser Erklärung sind bald gefunden: der Fränkel'sche Pneumoniebacillus bietet z. B. eine solche dar. Aber die Erfahrung, dass „quilibet syphiliticus (besonders aber der aussergewöhnlich jugendliche) mendax", scheint uns vorderhand doch noch besser gestützt, als diese weitausschauenden allgemein-pathologischen Erörterungen.
Jadassohn.

Eraud (4) bespricht zunächst seine mikroskopischen Befunde bei der weiblichen Gonorrhöe. Er schliesst daraus, dass er den Gonococcus in der Urethra und Cervix regelmässig, in der Vagina dagegen höchst selten constatiren konnte, dass eine gonorrhoische Vaginitis gar nicht existirt oder doch höchst selten in Folge gonorrhoischer Metritis sich findet. In der Vaginitis vulgaris sieht Verfasser nur einen desquamativen Process, keine eigentliche Entzündung, da das Secret fast nur aus Epithelien, nicht aber aus Eiterkörperchen besteht. Im zweiten Theil seines Vortrages wendet sich Verfasser zu den klinischen Erscheinungen. Er constatirt zunächt das bemerkenswerthe Factum, dass bei gonorrhoischen Frauen fast niemals wirkliche Cystitis und Albuminurie vorhanden ist. Von der gonorrhoischen Metritis unterscheidet er drei Formen: 1. eine hyperämische, seltene Form, bei welcher die Gonococcen spontan verschwinden und Heilung in circa drei Wochen eintritt; 2. eine häufiger auftretende Form, bei welcher beide Labien der Portio, besonders die hintere ulcerirt sind; 3. eine hypertrophische Metritis, welche im Gefolge der vorhin erwähnten auftritt und durch das Zusammenwirken von Gonorrhöe und Traumen des Uterus, wie Geburten oder Aborte, zu Stande kommt. Diese Form ist sehr langwierig. In therapeutischer Beziehung erwiesen sich Ausschaben mit dem Volkmann'schen Löffel mit nachfolgender Anwendung desinficirender Lösungen, besonders Argentum nitricum bei Gonorrhöe des Cervix sehr wirksam, etwas weniger bei Erkrankung der Urethra. In der Discussion wurden wesentlich neue Gesichtspunkte nicht erörtert. Jacobi.

Bei seinen Untersuchungen über den Gonococcus bei der Blennorrhagie der Frau ist Welander (5) von dem Grundsatze ausgegangen, dass

man die Anwesenheit der Gonococcen nur dann mit Sicherheit annehmen könne, wenn man die semmelförmigen Diplococcen in Haufen innerhalb der Zellen finde und dieselben bei Anwendung der Gram'schen Methode ungefärbt blieben. Er hat achtundsiebzig Prostituirte untersucht, und zwar alle Secrete bei vierundsiebzig; bei vier (wo wegen Vaginitis die Einführung eines Speculums unmöglich war) nur das Secret der Urethra und der Vagina, in sechzig Fällen auch das Secret der Bartholini'schen Drüsen. In zweiunddreissig Fällen waren die Gonococcen nirgends, in den übrigen sechsundvierzig Fällen an einer oder mehreren Stellen bestimmt nachzuweisen. In der Urethra fand Welander in einundvierzig von den sechsundvierzig Fällen, somit in neunundachtzig Procent (bei seinen im Jahre 1883 vorgenommenen Untersuchungen hatte Welander bei neunundsiebzig Prostituirten Gonococcen nachweisen können, bei allen auch in der Urethra) Gonococcen, wobei fünfundzwanzigmal das Secret vollkommen eitrig, elfmal trüb, fünfmal ziemlich hell war. In den letzten fünf und in noch weiteren vier Fällen waren die Trippercoccen nur in der Urethra vorhanden. Was nun die Bartholini'schen Drüsen betrifft, so hat Welander ausser fünf schon im Jahre 1883 erwähnten Beobachtungen von acuter Bartholinitis noch sechsmal diese Affection gesehen, ohne in dem Eiter eines einzigen Falles Gonococcen beobachtet zu haben. Dagegen hat er zweiundzwanzigmal im Secret der Bartholini'schen Drüsen Gonococcen constatirt, und zwar viermal auf beiden Seiten. In der Mehrzahl dieser Fälle fühlte sich die Drüse wie eine Erbse oder eine kleine Nuss an, und konnte man aus ihr durch Druck eine geringere oder grössere Menge von Flüssigkeit entleeren, welche Gonococcen enthielt. Bei drei von diesen zweiundzwanzig Frauen fanden sich nirgends sonst Gonococcen. Nur in vier Fällen war eine acute Bartholinitis vorausgegangen. Immer fanden sich noch andere Coccen und Stäbchen, von welchen Welander Plattenculturen machte. Dabei fand er eine Staphylococcenart, welche sich von anderen nur dadurch unterschied, dass sie sich schwer mit Wasser mengte. (Genauere Beschreibung fehlt. Ref.) Welander glaubt, dass diese Staphylococcen-Art die Veranlassung der chronischen Bartholinitiden sei, während die Gonococcen nur aus der benachbarten Urethra eingewandert wären. Welander hat sogar in sechs Fällen direct mit geglühter Platin-Oese Secret aus der Harnröhre frisch an Tripper erkrankter Männer in den Ausführungsgang einer Bartholini'schen Drüse eingebracht, ohne eine Bartholinitis erzeugen zu können. In der Vagina behauptet Welander in neun Fällen Gonococcen gefunden zu haben, in welchen ihre Anwesenheit auch im Cervicalsecret nachzuweisen war. Dagegen hat er sie siebenmal im Uterinsecret, aber nicht im Vaginalsecret gesehen. (Hierin liegt ein Widerspruch, für welchen jede Erklärung fehlt. Auch ist keine Angabe darüber vorhanden, wie Welander bei seinen Untersuchungen die Vagina vom Uterus abgeschlossen, und ob er überhaupt eine Massnahme getroffen hat, um das Vaginalsecret ohne Vermengung mit Uterinsecret zu bekommen. Ref.) Im Cervicalcanal hat Welander die Gonococcen nicht so häufig gefunden, wie in der Urethra oder in den Bartholini'schen Drüsen, er konnte sie nur in zwanzig Fällen constatiren, von denen vier eitriges, zehn zähes und trübes, sechs glasiges, ziemlich helles Secret aufwiesen. Bei zwei (nicht prostituirten) Frauen, welche wegen Syphilis im Spitale sich befanden und daselbst geboren hatten, wurden bei einer zufälligen, mehrere Wochen nach der Entbindung vorgenommenen Untersuchung Gonococcen in den Secreten des Uterus, der Vagina und der Urethra gefunden, ohne dass Eines von den Kindern von blennorrhagischer Conjunctivitis befallen worden (in der Entbindungsanstalt werden allerdings nach Crede'scher Methode Einträufelungen mit zweiprocentiger Arg. nitr.-Lösung vorgenommen), ohne dass eine von den beiden Frauen über irgend

eine Beschwerde an den Sexualorganen zu klagen gehabt hätte. Ueber die Anwesenheit von Gonococcen im Uterus. in den Tuben u. s. w. hat Welander keine Erfahrung. Er glaubt aber nicht, dass durch dieselben so häufig, wie man annehmen möchte, schwere pathologische Veränderungen in den inneren Genitalien der Frauen hervorgerufen werden. Welander hat ferner wiederholt das Blut von Tripperkranken in verschiedenen Entwicklungsstufen der Gonorrhöe, er hat in einem Falle den Inhalt eines an „Tripper-Rheumatismus" erkrankten Gelenkes untersucht, aber niemals Gonococcen nachweisen können, neigt daher der Annahme einer Mischinfection für solche Erkrankungen zu. Dagegen hat er bei einem periurethritischen Abscesse Gonococcen mit Bestimmtheit constatirt.

Steinschneider.

Die Krankengeschichte, welche Ely (6) zum Ausgangspunkte seiner Erörterungen nimmt, lautet in kurzem Auszug: Ein zwanzigjähriger, schlecht genährter und anämischer junger Mann wird am 17. März 1888 in das „Roosevelt Hospital" in comatösem Zustand eingeliefert. Anamnestisch ergibt sich nur, dass er seit drei Jahren krank ist. Keine Zeichen von Lähmungen. Pupillen normal, Temperatur 105·8° F., Puls 130 Schläge. Während der Nacht starke Unruhe, mehrmaliges Erbrechen, spontaner Abgang von Urin und Stuhl. Am nächsten Morgen geringer Fieberabfall, Cerebralsymptome die gleichen. Am 19. März linksseitige Hemiplegie, Expectoration einer braunen Flüssigkeit. Rapider Verfall, trotz reichlicher Stimulantien Exitus. Die Section ergibt im Wesentlichen: Geringe Vermehrung des Serums, geringe venöse Hyperämie des Gehirns. Hyperämie der Lungen. Alte pericardiale Adhäsionen. Frische randständige Vegetationen an den Mitralklappen. Aortenklappen normal. Leber hyperämisch. Milz breit und weich, einige kleine Infarcte. Nieren mit zahlreichen, wahrscheinlich embolischen Herden versehen. Da die Eingangspforte der Infection bisher nicht gefunden ist, untersucht Dr. Roosevelt die Harnröhre, die sich im Zustand entzündlicher Reizung befindet. Auf Druck entleert sich aus derselben Eiter, der theils zu Deckglaspräparaten, theils zur Einimpfung auf Nährgelatine verwendet wird. Die mikroskopische Untersuchung ergibt neben alten endocarditischen Veränderungen frische Infiltration der Substanz mit Rundzellen und Fibrin. Erosionen an der Oberfläche der Klappe sind bedeckt mit Staphylococcen, Streptococcen und Bacillen, die alle die Gram'sche Färbung annehmen. Dieselben Mikroorganismen finden sich in Leber, Milz, Nieren und in der Harnröhre. Der Eiter aus der Urethra enthält ausserdem noch eine geringe Anzahl von Gonococcen ähnlichen Diplococcen, die sich nicht nach Gram färben, wohl aber von Fuchsin gefärbt werden. Verfasser sucht nun, gestützt auf den Mikrococcenbefund der Harnröhre, die Quelle der Allgemeininfection in der Urethra und betrachtet die Erkrankung derselben als eine sogenannte Mischinfection. Nach einer Uebersicht der einschlägigen Literatur gibt Verfasser folgendes Resumé der ätiologischen Beziehungen zwischen Urethritis, maligner Endocarditis und Pyämie: 1. Die Pyämie entsteht, nach den Angaben Rosenbach's und Passet's durch die Anwesenheit pyogener Mikroorganismen: Staphylococcus pyogenes aureus, albus und citreus und Streptococcus pyogenes. 2. Mikroorganismen, derselben Classe zugehörig, sind in den Valvularklappen gefunden worden bei maligner Endocarditis von Wyssokowitsch, Weichselbaum, Ziegler, Prudden und Andern, die auch, ebenso wie Ribbert, experimentell bei Thieren durch Inoculation derselben Mikroorganismen Endocarditis erzeugt haben. 3. Die Complicationen der Gonorrhöe sind sehr zahlreich. Bei ihrer weiteren Ausbreitung ist die Möglichkeit der Einführung von Mikroorganismen in die anderen Organe nicht von der Hand zu weisen. 4. In einigen Fällen von gonorrhoischer Mischinfection der Urethra sind

pyogene Bacterien neben den Gonococcen gefunden worden (Bumm, Bockhart). 5. Neun Fälle sind bekannt, in welchen eine maligne Allgemeininfection gonorrhoisch erkrankte Patienten befiel und in einigen von diesen (Besançon, Lancereaux) sind den pyogenen Bacterien morphologisch gleiche Mikroorganismen sowohl in der Harnröhre, als auch in inneren Organen gefunden worden. In allen diesen Fällen konnte die Allgemeininfection nur von der Urethra ausgegangen sein. In die letztgenannte Kategorie rechnet Verfasser den von ihm beobachteten Fall, ohne allerdings den von ihm supponirten Zusammenhang zwischen Urethritis und Allgemeininfection anders als durch Analogieschlüsse sichern zu können.

Ledermann.

Price (7) bespricht die Anschauungen Nöggerath's und seiner Gegner, und stellt sich im Allgemeinen auf den Standpunkt des erstgenannten Autors, wenn er auch zugibt, dass derselbe im ersten Enthusiasmus vielleicht zu weit gegangen. Die eigenen Beobachtungen und Bemerkungen Price's bringen kaum etwas Neues.

Bei dem Patienten Charier's und Février's (8) — einem dreiundzwanzigjährigen Soldaten — handelte es sich um nervöse Erscheinungen, die im Anschluss an eine gonorrhoische Infection auftraten und von den Verfassern in Analogie mit den Beobachtungen Hayem's und Parmentier's für spinale Symptome der Gonorrhöe — als Zeichen eines ausgebreiteten Processes im Rückenmark aufgefasst werden. Der Patient litt an einer Hyperästhesie der Hautdecke, unwillkürlichen Bewegungen der rechten oberen, zum Theil auch der unteren Extremität; der untere Theil der Wirbelsäule und die Ischiadici waren sehr schmerzhaft, die unteren Extremitäten paretisch, die Reflexe erhöht, leichtes Fieber. Weiterhin stellten sich Schmerzen im linken Knie und in der Hüfte ein, welche von einer Atrophie der diese Gelenke versorgenden Muskeln gefolgt waren. Nach einem Monat trat Genesung ein. Wie weit in diesem Falle ein Zusammenhang mit der Gonorrhöe wirklich bestanden, ist kaum zu erweisen. Jadassohn.

Molènes (9) geht von der eigenthümlichen Ansicht aus, der grösste Theil jener Erytheme, wie sie im Verlaufe einer mit Balsamicis behandelten Blennorrhöe auftreten und auf die Therapie zurückgeführt werden, sei nicht eine Folge dieser, sondern direct auf die Blennorrhöe, den Gonococcus zurückzuführen. Zu dieser Ansicht drängt ihn die Beobachtung, dass Balsamica, in anderen Krankheitszuständen gereicht, viel seltener Erytheme erzeugen, als beim Tripper. Dieser Ansicht kann Referent absolut nicht beistimmen, wohl aber erklärt er sich damit einverstanden,, den vom Verfasser mitgetheilten Fall, ein Erythema maculo-papulosum bei einem Patienten, der an Blennorrhöe, Cystitis, Epididymitis litt, nie Balsamica gebraucht hat, als blennorrhagisches Erythem anzusehen, umsomehr, als grössere Dosen von Copaiva und Cubeben zu einer Zeit gereicht, wo das Exanthem bereits abblasste, nicht im Stande waren, dasselbe zum Recidiviren zu bringen.

Finger.

Hugues' (10) Behandlung beabsichtigt in den ersten zwei oder drei Tagen der Blennorrhöe das Epithel vollständig zu zerstören, um dadurch der antiseptischen Flüssigkeit Gelegenheit zu geben, in die Tiefen und Buchten der Schleimhaut einzudringen. Hugues benützt dazu einen Wischer aus Haaren, ähnlich dem zum Reinigen der Pfeife benützten. Das Kaliber entspricht der Nr. 11 der Charrière'schen Sonden. Die Anwendung desselben ist folgende: Nach einer Injection von Cocaïnlösung von 1 : 20, wird der Wischer wie eine gewöhnliche Sonde langsam eingeführt und dabei gleichzeitig wie eine Schraube gedreht; ebenso wird er herausgezogen. Nachdem das Instrument die ganze dem Penis entsprechende Partie der Urethra durchlaufen hat,

kehrt er mit Blut und Epithelresten bedeckt daraus zurück. Gleich darauf folgt eine lauwarme Injection von Sublimatlösung im Verhältniss von 1 : 1000. Man beschliesst dann die Reihe der Injectionen mit einer Sublimatlösung im Verhältniss von 1 : 10.000. Verfasser will nach sieben oder acht Tagen mit dieser zum Mindesten wohl etwas schmerzhaften Methode den Ausfluss vollständig beseitigt haben; er hat dieselbe allerdings nur an zwei Individuen probirt. Neudörfer's Behandlung bezweckt den Epithelzellen der Urethra ihre normale biologische Function zurückzugeben, indem sie die Reizung und Entzündung der Mucosa beseitigt. Er wendet deshalb zuerst Cocaïn, Antipyrin, Morphin, Hyoscyamin oder Belladonna an, welche er einer Lösung von Zincum sulfuricum oder Creolin 1 : 1000 oder einer Sublimatlösung von 1 : 10000 zusetzt, um eine locale Anästhesie der Mucosa zu erzielen. Der zweite Theil der Behandlung besteht darin, dem blennorrhoischen Secret, welches wie der Eiter auf die secernirende Schleimhaut irritirend wirkt, Abfluss zu verschaffen. Neudörfer hat deshalb metallische Drains construiren lassen, die an einem Ende geschlossen sind, mit Löchern an ihrer Oberfläche durchbohrt sind und an dem offenen Ende mit einem Pavillon versehen sind. Nach der anästhesirenden Injection wird dem Kranken in liegender Position dieser Drain dreimal täglich auf zehn bis fünfzehn Minuten eingeführt. Ausserdem lässt Neudörfer, um den Zufluss von Blut zur erkrankten Schleimhaut zu verringern, durch den Drain Einblasungen von Luft in die Urethra erfolgen, indem er den Pavillon gegen das Orificium urethrae presst und durch das offene Ende die Luft eintreten lässt; diese dringt durch die Oeffnungen des Drains zwischen diesen und die Mucosa und „comprimirt und ventilirt dieselbe". Auch diese Behandlungsweise soll Neudörfer die besten Resultate geliefert haben.

Galewsky.

M'Caw (11) berichtet folgenden Fall: Es kommt ein Mann vier Tage post coitum mit abundantem Ausfluss aus der Urethra und starkem Harndrang (fünfmal des Nachts) in seine Behandlung. Vor sieben Jahren Gonorrhöe zwei Monate bei Copaivbehandlung. Die sogenannte neue Behandlungsmethode bestand in Einführung von fünfprocentigen Thallinsulfatbougies während zwanzig Minuten. Während dieser Zeit schneidender Schmerz, später behagliches Gefühl. Der Patient führt sich selbst in dieser Weise allabendlich die Bougie ein. Am dritten Tage war Patient geheilt, da er weder Beschwerden noch Schmerz beim Wasserlassen hatte. Am folgenden Tage musste er bis 12 Uhr Nachts arbeiten und während dieser Zeit meist auf den Füssen sein, in Folge dessen das Bougieren unterblieb und eine geringe Wiederkehr der früheren Symptome eintrat. Aber es begann die Behandlung von Neuem und nach Weitergebrauch von zwei Bougies war er vollständig geheilt. Grosse Dankbarkeit des Patienten, der sich auf eine nichts weniger als angenehme Copaivacur mit langer Dauer gefasst gemacht hatte.

Philippson.

In einer in den „Post-Graduate" veröffentlichten Mittheilung bezeichnet Girdner (12) die Behandlung der Stricturen der „penile portion" mit der sogenannten graduellen Dilatation als ein missbräuchliches Verfahren, das er durch die resorptionskräftige Massagewirkung ersetzt wissen will. Er empfiehlt daher bei Stricturen dieses Theils der Urethra einen Katheter einzuführen, zur Erzielung eines wirksamen Gegendrucks und die Stelle der Strictur einer fünf Minuten langen gelinden, aber festen Knetung zu unterwerfen, indem man die betreffende Stelle zwischen dem Daumen und Zeigefinger drückt und auch rings um den Penis rotirende Bewegungen anschliesst. Er hat mit dieser Behandlung harte, callöse Tumoren zum Schwinden gebracht und auch bei jahrelanger Beobachtung nicht wieder-

kehren sehen. Was die Stricturen des hinteren Theils der Urethra betrifft, so sind dieselben nach Angabe des Autors nur in einer beschränkten Zahl von Fällen der Massagebehandlung und auch der graduellen Dilatation zugänglich. Nur in frischeren Fällen finden diese therapeutischen Massnahmen hier zweckmässige Anwendung, während inveterirte Stricturen am besten vermittelst der Urethrotomia externa behandelt werden. Die Urethrotomia externa hält Verfasser im Gegensatz zur Urethrotomia interna für eine gänzlich gefahrlose Operation, die bei Anwendung von stricter Antisepsis und bei legaler Ausführung in zehn bis vierzehn Tagen zur Heilung führt.

Ledermann.

Fort (13) kommt in seiner Broschüre zu folgenden Schlüssen: Bei der chirurgischen Behandlung der Urethral-Stricturen verdient die Elektrolyse den unbedingten Vorzug vor der Dilatation und der Urethrotomie, welche sie ersetzt; denn selbst mit dem Urethrotom Maisonneuve's ausgeführt, ist die Urethrotomie eine gefährliche Operation; dass die Elektrolyse bis jetzt bei den Chirurgen wenig Anklang gefunden hat, liegt an den fehlerhaften Instrumenten, deren sie sich bedienten. Mit dem „Urethro-Elektrolyseur" kann man in einer Sitzung die engsten Stricturen operiren, sofern sie überhaupt noch durchgängig sind, es tritt nie Blutung oder eine andere Folge-Erscheinung auf. Die Operation mit dem Urethro-Elektrolyseur bedarf ausserdem keiner anderen Behandlung; der Kranke kann seiner Beschäftigung nachgehen; Recidive sind selten. Der Elektrolyseur bewirkt nur eine Art Cauterisation, keine Absorption oder Durchtrennung; er zerlegt chemisch das Gewebe in seine Urelemente und zerstört sie. — Fort's „Urethro-Elektrolyseur" besteht aus einem Stücke und arbeitet ohne vorherige Dilatation, ohne Schmerzen zu verursachen; die Operation dauert höchsens fünf Minuten; er besteht aus einem Bougie von 2 Mm. Dicke, welches in einen fadenförmigen Endtheil ausläuft. In der einen Hälfte der Bougies verläuft ein feiner metallischer Faden, welcher den elektrischen Strom bis zu einer dreieckigen, nicht schneidenden Platinklinge leitet, welche aus dem Instrument hervorragt. Das Instrument gleicht einer Reitpeitsche im Kleinen, welche eine kleine metallische Platte in der Mitte trägt.

Galewsky.

Brennan (14) empfiehlt zur Behandlung der Vaginitis gonorrhoica antiseptische Ausspülungen der Vagina, Austupfen derselben mit Borwatte, Application einer zwei- bis fünfprocentigen Chlorzinklösung, danach einer Borsäure- und Tanninlösung zu gleichen Theilen, schliesslich Einführung eines Tampons. Zeising.

Zur Behandlung der Endometritis gonorrhoica (die Gonorrhöe spielt nach dem Verfasser in der Aetiologie der Endometritis dieselbe Rolle, wie das Puerperium) hat Dumontpallier (15) neben der Pinselung der Uterusschleimhaut mit Jod oder Höllensteinlösung, die von Fritsch empfohlenen Chlorzinkätzungen sehr erfolgreich gefunden. Es sind im Ganzen nach Dumontpallier zwei bis drei Sitzungen in wöchentlichen Zwischenräumen erforderlich. Jadassohn.

An der Hand von vierzehn kurzen Krankheitsgeschichten (zwölf männliche, zwei weibliche Kranke) will Peyer (16) die Ursachen, Symptome, Diagnose und Therapie der Phosphaturie besprechen. Urin meist milchig getrübt, von normalem specifischen Gewicht, meist alkalisch, zeigt feinkörniges Sediment aus Erdphosphaten und Tripelphosphaten. Während manche Patienten gar keine Beschwerden haben, haben andere Prodromalsymptome (allgemeines Unbehagen, Frösteln, erhöhte Temperatur, Schmerzen in der Nierengegend, in der Harnröhre, Harnzwang); wieder Andere zeigen Symptome während oder nach der Phosphaturie (ähnlich den

Prodromalsymptomen, besonders aber die sogenannte „kalte Pisse"). In einigen Fällen ist nur der erste Morgenurin verändert, in andern nur dieser klar, während tagsüber die Trübung sich einstellt. Bald ist beim Uriniren der Anfangs-, bald der Schlussurin trübe, bald beide, bald überhaupt der ganze Urin. Die Phosphaturie tritt periodisch täglich, wöchentlich oder erst nach Pausen von Monaten auf. Unter den zahlreichen nervösen — „Lendenmarkssymptomen" (Hegar) — Symptomen hebt Peyer besonders die von ihm sogenannte „reizbare Blase" als hauptsächlichstes, auch in der phosphaturiefreien Zeit vorhandenes Zeichen hervor. Die Patienten haben meist sexuelle Functionsanomalien (Pollutionen, Spermatorrhöe, präcipitirte Ejaculation, verminderte Potenz) und sind fast durchweg neurasthenisch. Als Ursachen sind in erster Linie Geschlechtskrankheiten, dann Masturbation und als Gelegenheitsursachen hie und da die Genussmittel (Alkohol, Thee, Gewürze) anzuschuldigen. Peyer hält das Leiden für eine „Secretionsneurose der Niere", die reflectorisch entsteht, der eine, wenn auch noch so geringe Affection des sexuellen Systems zu Grunde liegt, oder aber in seltenen Fällen, für ein einfaches neurasthenisches oder hysterisches Symptom. Die Diagnose der Phosphaturie, gelegentlich verwechselt mit Blasenkatarrh oder Spermatorrhöe, ist schon auf chemischem, dann auf mikroskopischem Wege zu stellen. — Die Therapie „wird sich richten nach der Grundursache".

R. Kohn.

Venerische Helkosen.

1. **Fournier.** Chancre mou présentant une induration factice. — Réunion clinique hebdom. de l'hôpit. St. Louis, 13. Dec. 1888. Ann. de derm. et de syph. 1889, 2.

Fournier (1) stellt einen Patienten mit weichen Schankern am Margo praeputii vor, die alle derbe Basis zeigen. Drüsenschwellung fehlt. Fournier betont die Häufigkeit solcher Pseudo-Indurationen, die durch örtliche Irritantien insbesondere häufig durch Waschen und Benetzen mit Urin zu Stande kommen. Besnier stimmt dieser Ansicht bei. Referent, der die Frage der Bedeutung der Induration zum Gegenstande ausgedehnter Untersuchungen gemacht hatte (siehe: „Die Diagnose des syphilitischen Initialaffectes", diese Zeitschrift 1885) kann die Bestätigungen seiner damals aufgestellten Ansicht nur willkommen heissen und hinzufügen, dass auch die anatomischen Verhältnisse allein oft zur Entstehung von Pseudo-Indurationen beitragen.

Finger.

Syphilis. Allgemeiner Theil.

1. **Fitzgibbon.** An Address on Syphilis. — Ref. in The London med. Recorder 1889, Nr. 15.
2. **Harrison-Younge** G. Is Syphilis incurable? — The Brit. Med. Journ. 16. März 1889.
3. **Lee** Henry and **Cooper** Arthur. The Curability of Syphilis. — Lancet 23. März 1887.
4. **Bernard** A. Is Syphilis incurable? — The Brit. Med. Journ. 23. März 1889.
5. **Nichols** F. P. Is Syphilis incurable? — The Brit Med. Journ. 30. März 1889.
6. **Rasumow.** Ein Fall von Reinfectio syphilitica. — Medicinskoie Obosrenje. 1889, April. pag. 402—407 (russisch).

7. Prince A. **Morrow**. Letter from the Sandwich Islands — causes of the depopulation of these Islands — the demographic effect of introduced diseases — Syphilis, Leprosy — Dr. Barkers diploma. — The Med. Record, 27. April 1882.
8. **Overbeck.** Ein Fall von Hautkrebs auf luetischer Basis. — Dissertation. München 1888.
9. **Simpson.** Constitutional Syphilis. — Lancet, 9. März 1889.
10. **Popow.** Ein Fall von Syphilis recens mit acuter Entzündung lymphatischer Drüse complicirt. — Med. Beilage zum Marine-Journ. 1889. März (russisch).
11. **Dutschinsky.** Eine durch eine Hebamme hervorgerufene Syphilisepidemie. Wratsch 1889, Juni (russisch).

Fitzgibbon (1) beschreibt in seiner Abhandlung folgenden Fall „syphilitischer Gonorrhöe", der von Interesse ist wegen des ungewöhnlich tiefen Sitzes, welchen der Primäraffect in der Urethra einnahm. Ein junger Mann consultirte Verfasser wegen erschwerter Urin-Entleerung, was er auf eine Strictur schob, die im Gefolge einer Gonorrhöe aufgetreten sei. Man konnte an der Pars membranacea urethrae und etwas vor derselben eine Verhärtung fühlen von reichlich $^1/_2$ Zoll Durchmesser. Ein dünner, halbeiteriger Ausfluss war wieder aufgetreten, die Leistendrüsen geschwollen. Wenige Tage später Ausbruch eines papulösen Syphilids. Unter milder Hg-Behandlung verschwanden Induration und Strictur nach einigen Wochen. Gleichzeitig theilt Verfasser zwei Fälle extragenitaler Localisation des Primäraffectes mit, von denen der eine bei einem reichen Banquier beobachtet wurde, der die Lippen mit dem Finger inficirt hatte, welchen er beim Zählen von Banknoten öfter mit Speichel befeuchtet hatte. Diese Banknoten waren von einer Prostituirten gestohlen worden, welche dieselben, um sie zu verbergen, in ihrer Vagina versteckt hatte. Die Sklerose entwickelte sich an der Unterlippe. Der letzte Fall betrifft ein junges Mädchen, welches sich beim Reitunterricht die Haut am rechten Schenkel wundgescheuert und darauf ein Damencloset auf einer Eisenbahnstation benützt hatte. An der Stelle der Hautabschürfung entwickelte sich die Induration und es trat später ein disseminirtes, papulöses Syphilid auf. Die Abhandlung schliesst mit der Bitte, gegen die Verbreitung der Syphilis durch Gesetze einzuschreiten. Sternthal.

Entgegen den Ansichten von Dr. Gowers und Drysdale, die die Syphilis für unheilbar halten, beschreibt Harrison-Younge (2) die Krankengeschichte eines Patienten, der im März 1882 sich einen Primäraffect zuzog, dem Secundär-Erscheinungen folgten. Nach sorgfältiger Behandlung einer grossen Anzahl von Recidiven blieb Patient von Syphilissymptomen seit dem Jahre 1885 frei. Im Jänner 1889 acquirirte er eine frische Sklerose, der sich Drüsenschwellungen, Roseola und eine Pharyngitis specifica anschlossen. Heilung durch Sublimat und Jodkali. Ledermann.

Lee und Cooper (3) widerlegen Gower's Ansicht von der Unheilbarkeit der Syphilis und stützen sich zugleich auf eine Anzahl namhafter Autoren. Lee tadelt gewisse therapeutische Methoden Gower's, den langandauernden Gebrauch von Jodkali, den er für gefährlicher hält, als eine Darreichung von Quecksilber; er lobt die Calomelbäder überaus.

Friedheim.

Bernard (4) berichtet über einen Fall von Reinfection: Der Patient war vor sieben Jahren wegen eines nach vierundvierzigtägiger Incubationszeit aufgetretenen Ulcus im Sulcus coronarius mit nachfolgendem papulosquamösen Exanthem an den Beinen und am Kopf, ferner Syphiliden an

der Palma und Planta in Bernard's Behandlung gewesen. Bis zu seiner jetzigen Erkrankung war Patient drei bis vier Jahre von constitutionellen Symptomen vollständig frei gewesen. Jetzt nach langer Incubationszeit indurirter Schanker im Sulcus coronarius, der in kurzer Zeit unter geeigneter Behandlung, mit zurückbleibender Induration der umgebenden Schleimhaut heilte. Bernard glaubt es in diesem Falle mit einer Reinfection zu thun zu haben. Nebenbei wirft er die Frage auf, ob nicht die Länge der Incubationsperiode einen Einfluss auf die Intensität der constitutionellen Symptome habe. Dafür spricht der oben angeführte Fall, ausserdem die Beobachtungen Bernard's, nach denen die Patienten mit langer Incubationszeit mildere Secundär-Erscheinungen zeigten, als die, bei denen der Primäraffect sehr bald nach der Infection auftrat. Zeising.

Nach Nichols (5) beruht ein grosser Theil der Correspondenz, welche in letzter Zeit im Brit. Med. Journ. über die Frage, ob die Syphilis unheilbar sei, erschienen ist, auf einem Missverständniss der Gower'schen Ansicht. Dessen Behauptung, dass Syphilis eine unheilbare Krankheit sei, im Zusammenhang mit seinen übrigen Auslassungen. betrachtet, kann nur bedeuten, dass es nachweislich keine Behandlung gibt, die im Stande ist, die Grundursache der Krankheit in wirksamer Weise zu zerstören. Dagegen leugnet Gower nicht, dass dieselbe spontan verschwinden könne; denn es gibt viele Fälle, in denen trotz Nichtbehandlung der primären Erkrankung, die späteren Symptome nur unbedeutende sind und er glaubt mit vollem Recht annehmen zu können, dass in vielen anderen Fällen spätere Erscheinungen der Krankheit überhaupt fehlen. Von diesem Standpunkte betrachtet, beweist nach Nichols der Harrison-Younge'sche Fall nur, dass dasselbe Individuum zweimal Syphilis acquiriren kann, ebenso wie Jemand zweimal Masern bekommt. Dasselbe gilt für den Fall von Althaus, da das ursächliche Moment der Krankheit in gleicher Weise ohne Behandlung verschwunden und so der Mann für eine frische Infection empfänglich geworden sein könnte. So lange man die Syphilis als eine durch specifische Bacterien bedingte Infectionskrankheit ansieht, muss man ihr auch Analogien mit anderen Krankheiten derselben Classe zugestehen. Trotzdem Nichols einen mit Pockennarben bedeckten Mann mit Erfolg impfte, will er doch nicht behaupten, dass die Pocken irgend welcher Behandlung zugängig seien. Zeising.

Rasumow (6) theilt einen Fall von syphilitischer Reinfection mit, welcher einen Juristen betraf. Im Jahre 1881 zum ersten Mal inficirt, litt er an Ulcus induratum praeputii und Lymphangoitis penis, welchen Adenitiden, Roseola und Angina syphilitica folgten; die syphilitischen Erscheinungen schwanden nach einer Inunctionscur (achtundzwanzig Frictionen) und innerlicher Hg-Behandlung. Dann traten keine Recidive mehr innerhalb der folgenden sieben Jahre auf. Im Jahre 1888 acquirirte der Patient abermals eine hartnäckige knorpelharte Sklerose der Vorhaut, die von allgemeiner Drüsenschwellung und anderen secundären Symptomen begleitet war. Szadek.

Als die Syphilis, so schreibt Morrow (7), von dem Capitän Cook vor ungefähr einem Jahrhundert in die Sandwichinseln eingeschleppt wurde, übte sie auf die bis dahin von Geschlechtskrankheiten verschont gebliebene Bevölkerung einen ausserordentlich verderblichen Einfluss aus. Viele fielen ihr zum Opfer, und diejenigen, welche am Leben blieben, verloren ihre kräftige Constitution und wurden für andere Krankheiten leicht empfänglich. Dazu kam, dass von Zeit zu Zeit durch Matrosen, welche an die Inseln anlegten, neuer Infectionsstoff der Bevölkerung zugeführt wurde. Kein anderes Volk auf der Welt vielleicht, sagt Morrow, ist so vollständig mit

Syphilis gesättigt worden als die „Hawaiiau", und dem Syphilidologen bietet sich hier reichliche Gelegenheit, die seltene Umwandlung zu studiren, welche das syphilitische Gift erleidet, wenn es in einem vorher luesfreien Lande verbreitet wird; denn dort nimmt es an Virulenz zu und schafft sehr bösartige Folgezustände. Hier hat man auch vortreffliche Gelegenheit, den Einfluss der hereditären Immunität zu studiren, welche eine viel mildere Form der syphilitischen Erkrankung im Laufe von drei oder vier Generationen geschaffen hat. Und heutzutage ist die Syphilis auf den Sandwichinseln ein verhältnissmässig gutartiges Leiden und liefert nur ein geringes Mortalitätscontingent. Fast alle Luesfälle, die Morrow in dem „Queens Hospital" zu beobachten Gelegenheit hatte, verliefen milde und boten nur oberflächliche und ziemlich harmlose Läsionen dar. Und proportional dem Nachlass schwererer Erscheinungen ist auch die Frequenz der Lues eine geringere geworden. Besonders überrascht war Verfasser über das fast völlige Fehlen von hereditärer Syphilis unter der jüngeren Bevölkerung. Nur selten konnte er die der congenitalen Syphilis eigenthümlichen Erscheinungen beobachten. Das Fehlen der hereditären Uebertragung mag allerdings auch durch die Thatsache erklärt werden, dass die „Hawaiiaus" heutzutage eine sterile Rasse sind. Ob die Syphilis selbst an dieser Sterilität irgendwie Schuld ist, lässt sich schwer feststellen. Eine grosse Schuld daran trägt sicherlich das verringerte Zeugungsvermögen der eingebornen Männer, welche ihre Potenz durch allzu frühzeitigen und übermässigen Geschlechtsgenuss untergraben, denn die einheimischen Frauen concipiren von Fremden leicht und bringen mit ihnen eine zahlreiche Nachkommenschaft hervor. Ledermann.

Der Patient Overbeck's (8), ein vierzigjähriger, auf der Posselt'schen Klinik in den letzten Lebenswochen beobachteter, von Bollinger secirter Mann mit zweifelloser Lues (syphilitische Defecte der Epiglottis, luetische Narben der linken Gesichtshälfte) zeigt ein ulcerirendes Carcinom der rechten Fossa inframaxillaris mit diffuser knotiger Infiltration der ganzen Umgebung, das seit einem Jahr als eine Schwellung in der betreffenden Gegend begonnen, nach und nach zu Taubeneigrösse gewachsen und vor einem halben Jahre aufgebrochen ist. Schmiercur und Jodkali ohne Einfluss. Verfasser nimmt an, dass es sich ursprünglich um ein Gumma gehandelt hat, da Patient schon vorher in der anderen Gesichtshälfte derartige Geschwülste gehabt haben muss, und dass dies Gumma später krebsig degenerirte. Rich. Kohn.

Simpson (9) sah an einem vierzehnjährigen Knaben, der mehrere Jahre an constitutioneller Syphilis litt, Zerstörung des weichen Gaumens, totale Destruction der Zunge, Strictur im Isthmus faucium. In ätiologischer Beziehung glaubt Simson, es hier mit einem Falle acquirirter Syphilis zu thun zu haben. Friedheim.

Haut, Schleimhaut, Knochen und Gelenke.

1. **Fournier.** Des erreurs de surprise dans le diagnostic du chancre syphilitique. — Gaz. des hôpit. 1888, Nr. 133.
2. **Fournier.** Chancres syphilitiques ou lésions acariennes. — Réunion clin. hebdom. de l'hôpit. St. Louis, 17. Jänner 1889. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 3.
3. **Cant.** Clinical observations on Induration in the primary lesion of syphilis in Women. — Med. chir. Transact. LXX. pag. 169, 1887.
4. **Anderson** William. Ueber einen Fall von primärem Schanker auf der Wange. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1889, Nr. 5.

5. **Manassein.** Ein Fall von extragenitaler syphilitischer Infection. — Med. Obosrenje 1889, 4, pag. 407—409 (russisch).
6. **Tschistiakow.** Ein Fall von extragenitaler Infection bei einem acht Monate alten Säugling. — Wratsch 1889, 5 (russisch).
7. **Speranskij.** Ein Fall von syphilitischer Primärsklerose der Nase, acquirirt durch Biss. — Russische Medicin 1888, 39 (russisch).
8. **Usass.** Ein Fall von hartem Schanker der Handfläche. — Sitzungsber. d. derm. russisch. Ges. 1888, pag. 29 (russisch).
9. **Bell.** Primäre Syphilis der Zunge. — Lancet 1888, 4, VIII.
10. **Besnier.** Chancre phagédénique suivi d'une syphilis secondaire anormale. — Réunion clin. hebdom. de l'hôpit. St. Louis, 20. Dec. 1888. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 2.
11. **Besnier.** Chancre syphilitique ulcéreux et oedémateux de la lèvre supérieure. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 2. — Réunion clin. hebdom. de l'hôpit. St. Louis, 13. Jänner 1888.
12. **Besnier.** Roséole syphilitique persistant deux années. — Réunion clin. hebdom. de l'hôpit. St. Louis, 10. Jänner 1889. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 3.
13. **Fournier.** Roséole syphilitique recidivante. — Réunion clin. hebdom. de l'hôpit. St. Louis, 31. Jänner 1889. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 3.
14. **Sternberg** M. Deux cas intéressants de syphilides. I. Syphilide à forme eczémateuse. — Gaz. hebdom. des scienses méd. 1889, Nr. 15.
15. **Darier.** Sur l'examen microscopique des cheveux dans l'alopecie syphilitique. — Réunion clin. hebdom. de l'hôpit. St. Louis, 10. Jänner 1889. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 3.
16. **Trost.** Beitrag zu den „Erkrankungen der Gelenke und Schleimbeutel im Verlauf der Syphilis". — Wiener med. Wochenschr. 1889, Nr. 15—17.
17. **Gouget.** Quelques observations d'hydarthrose syphilitique secondaire. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 3.
18. **Jullien.** Sur une lésion des cartilages de l'oreille dans la syphilis secondaire. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 2.
19. **Lowndes.** On a case of dactylitis syphilitica. — Lancet, 23. April 1889.
20. **Boulengier.** Elephantiasis syphilitique des os du crane. — Presse med. Belge 1888, XL, Nr. 3—5.
21. **Cozzolino.** Sifilide del naso e delle fosse nasali. — Riv. clin. dell' Università di Napoli 1889, 1—2.
22. **Tobin.** Stricture of the urethra. — Lancet, 30. März 1889.

Fournier (1) bespricht die verschiedenen Umstände, welche zu Irrthümern bei der Schankerdiagnose Anlass geben können. In erster Linie erwähnt er die verschiedenen Aetzungen einfacher Erosionen oder Ulcera mollia mit Kupfersulfat, Salpetersäure, Hg-Nitrat, Essigsäure, Chromsäure, Carbolsäure, Arg. nitric., nach welchen eine mehr oder weniger beträchtliche Infiltration, respective Induration auftreten könne. (Nach Aetzungen mit zwanzigprocentiger und stärkerer Carbolsäure haben wir solche Indurationen trotz reichlicher Anwendung niemals gesehen. Ref.) In zweiter Linie kann die knotige Lymphangoitis, wie sie bei Blennorrhöe und Phimose vorkommt, mit einem Ulcus durum verwechselt werden, in dritter Linie Scabiesefflorescenzen, die am Penis oft pergamentartig indurirt erscheinen. Für die dritte Möglichkeit führt Fournier einen Fall an: Ein scabiöser Patient hatte am Penis vier anscheinend gleiche, leicht indurirte Erosionen; drei schwanden nach der Scabiesbehandlung; die vierte vergrösserte sich zu einer Sklerose.

Fournier (2) stellt einen Patienten mit Scabies und zahlreichen Milbengängen am Penis vor, am Präputium fünf herpetiforme Erosionen, an der Glans vier flache, leicht derbe, erodirte Plaques, multiple Drüsenschwellung in beiden Leisten, und wirft die Frage auf, ob es sich um beginnende Initialaffecte — letzter Coitus vor drei Wochen — oder einfach um durch Schwefel- und Schmierseifeneinreibung irritirte Milbengänge handle. Die Diagnose, bei der ersten Vorstellung schwierig, lautete eine Woche später sicher auf Syphilis. Finger.

Cant (3) fand unter 71 Primäraffecten bei Weibern nur in einem Drittel wirklich stark ausgesprochene, in einem weiteren Drittel mässige und im letzten Drittel überhaupt keine oder minimale Induration. Er beschreibt Fälle von sehr ausgebreitetem Oedema indurativum und von pergamentartiger Härte. Den Grad der Induration fand er im Allgemeinen vom Sitz der Geschwüre unabhängig.

Ein neunundzwanzigjähriger Mann hatte sieben Wochen, ehe Anderson (4) ihn sah, einen Schlag auf das rechte Auge erhalten, welcher eine leichte Hautabschürfung in der rechten Infraorbitalgegend zur Folge hatte. Ein Bekannter, an dem späterhin Schleimhautknötchen im Munde nachgewiesen wurden, saugte die Wunde aus. Nach drei Wochen bildete sich an der Einrissstelle ein Geschwür; acht Tage nach Auftreten desselben Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen, besonders rechts; nach weiteren drei Wochen Roseola. Unter innerlicher Quecksilberdarreichung und äusserlicher Behandlung des Ulcus mit Jodoform und Calomel Heilung nach zehn Wochen. Sternthal.

Manassein (5) beschreibt einen Fall von syphilitischem Primäraffect an der unteren Mundlippe, der keine besondere Eigenthümlichkeit darbietet. Auch die von Speranskij (7) und Usass (8) mitgetheilten Fälle sind gewöhnliche Fälle extragenitaler Localisation des Primäraffectes.

Der von Tschistiakow (6) mitgetheilte Fall von syphilitischem Primärgeschwür an der Stirne bei einem achtmonatlichen Säugling ist sehr interessant, nicht nur wegen der ziemlich seltenen Localisation des Primäraffectes, sondern auch weil es sich um eine von einer Amme stammende Infection handelte; die letztere war vor ihrer Annahme von zwei Aerzten, Accoucheur und Syphilidolog, sorgfältigst untersucht und frei von Lues erklärt worden. Später aber traten bei der Amme secundär-luetische Erscheinungen auf. Auf Grund dieses Falles bemerkt richtig der Verfasser, dass man die Ammen während ihrer Dienstzeit wiederholter ärztlicher Untersuchung unterwerfen soll. Szadek.

Bell (9) beschreibt ein stark indurirtes Geschwür an der Zunge (mittleres Drittel des linken Randes) eines Seemannes, mit dem zugleich Plaques und ein Exanthem bestanden; an den Genitalien nichts Abnormes. Der Verfasser glaubt, dass die Sklerose an der Zunge durch mittelbare Infection (mittelst einer Pfeife oder Aehnlichem) entstanden sei.

Besnier (10). Fall maligner Syphilis bei einem neunundvierzig Jahre alten Manne, die mit einem phagedänischen Initialaffecte begann und als erste Eruption sofort schwere ulceröse und phagedänische Formen darbot. Finger.

Besnier (11) stellt einen Potator mit ausgebreitetem, zerfallendem und ödematösem Initialaffect der Oberlippe, typischer submaxillarer Polyadenitis vor. Fournier knüpft daran die Bemerkung, dass ausgebreitete Initialaffecte prognostisch ungünstiger, von schwerer Syphilis gefolgt zu sein pflegen, wenn auch Ausnahmen von dieser Beobachtung vorliegen.

Wenige Tage nach der Vorstellung wurde der Kranke von Erysipel des Gesichts befallen, der Initialaffect heilte rasch, dafür aber kam die submaxillare Adenitis zur Suppuration. Finger.

Besnier (12) stellt einen Fall zwei Jahre bestehender, nicht behandelter Syphilis vor, in dem die erst aufgetretene Roseola noch besteht, also sich durch fast zwei Jahre erhalten hat. Finger.

Fournier (13) stellt eine Frau vor, die vor fünf Jahren inficirt, am Stamme bräunliche, pigmentirte, leicht schuppende Flecke zeigt, die ovulär, ziemlich scharf umschrieben sind. Fournier ist geneigt, nachdem er bereits mehrere solche Fälle beobachtete, die Affection als syphilitische zu reclamiren. Bidal und Besnier stimmen bei, letzterer erinnert an die Analogie mit Lepra. Finger.

Sternberg (14) berichtet über einen Fall von „Eczema syphiliticum" bei einem achtundvierzigjährigen Schmied, der erblich nicht belastet ist. Im zweiten Lebensjahre hatte Patient Masern, mit vierzehn Jahren bekam er Knoten unterhalb der Kiefer, im achtunddreissigsten Jahre trat bei ihm ein Abscess am Steissbein auf aus unbekannter Ursache, der achtzehn Monate fortbestand. Vor fünf Jahren litt der Kranke an Bluthanen und vor drei Jahren an Gelbsucht. Seine Aufnahme ins Hospital St. Jean fand am 3. April 1889 statt. Am 1. November 1888 hatte der Kranke nach einem vorausgegangenen Beischlaf eine Hautabschürfung am vorderen Theile der Eichel bemerkt von der Grösse eines 50 Centimesstückes. Nach zwanzig Tagen wandelte sich diese in ein sehr schmerzhaftes Geschwür um. Fünf Wochen später trat ein leichtes Exanthem bei ihm auf. Gegen Ende Januar zeigte sich links vom Kinn eine kleine Blase mit milchigem Inhalt, die allmälig grösser wurde und einen entzündeten Hof hatte; zur selben Zeit wurden Kinn und Lippen von einem bläschenförmigen Ausschlage befallen. Dieselben waren zuerst weiss, wurden dann gelb, öffneten sich und trockneten schliesslich zu Krusten ein unter lebhaftem Juckreiz. Kinn und Oberlippe sind von gelblichen Schuppen bedeckt, das unterliegende Gewebe ist stark entzündet und secernirt eine röthliche Flüssigkeit. Die umgebende Haut ist stark geröthet, hypertrophisch und hat alle Zeichen exulcerirter Syphilome. Die Schleimhaut der Wangen und Lippen ist mit Plaques bedeckt. Daneben besteht eine Angina syphilitica, das Gaumensegel und Gaumenbögen sind entzündet, das Schlucken ist sehr schmerzhaft. Auch der Larynx ist diffus geröthet und die Stimmbänder tragen Zeichen specifischer Infection. Der Patient bekommt täglich 2 Gr. Jodkalium, zwei Esslöffel der van Swieten'schen Sublimatlösung und Umschläge und Waschungen von Sublimat. Die Erscheinungen sind daraufhin bald zurückgegangen. Zum Schlusse macht der Verfasser noch einzelne Betrachtungen über die Häufigkeit des Vorkommens dieser Erkrankungen und ihre Diagnose. Warum gerade die Lues in dieser Form bei dem Manne aufgetreten ist, führt er darauf zurück, dass schadhafte Organe am leichtesten von luetischen Symptomen befallen werden und Patient an Scrophulose litt, wie aus seinen früheren Erkrankungen hervorgeht. Hilgenstock.

Darier (15) hat die ausgefallenen Haare bei syphilitischer Alopecie mit Rücksicht auf deren Wurzel untersucht. Er findet 1. Haare mit vollem, normalem Bulbus in der Mehrzahl, 2. Haare, die im Bereich der Wurzelscheide verjüngt, normalen Bulbus zeigen. 3. Haare, deren Bulbus atrophisch oder die am Wurzelende ausgefasert sind, oder daselbst nur ein kleines Knötchen zeigen. Im Gegensatze hierzu finden wir bei der Area die Haare mit normalem Bulbus in der Minorität, die meisten haben atrophisches oder ausgefasertes Wurzelende. Finger.

Trost (16) bringt mehrere Fälle dieser immerhin seltenen syphilitischen Erkrankungsformen. Im ersten Falle handelte es sich um eine acute, fieberhafte Coxitis und Gonitis sinistra bei recenter Lues, neben dem ersten Exanthem; im zweiten Falle um beiderseitige acute Gonitis bei gleichfalls recenter Syphilis; im dritten Falle ebenso um rechtsseitige acute Gonitis bei vier Monate alter Syphilis. Auch in den drei Fällen von Schleimbeutelerkrankung, die den Schleimbeutel des Olekranon, der Fossa poplitea betreffen, war die Syphilis eine frische, das erste Exanthem noch vorhanden.
Finger.

Gouget (17) bringt vier Fälle dieser Erkrankung aus der Klinik Fournier's. In allen vier Fällen entwickelte sich die Affection bald nach dem Auftreten des Initialaffectes, d. h. eineinhalb Monate, vier Monate (zweimal), neun Monate nach demselben. Die Entwickelung geschah allmälig, die begleitenden Secundärerscheinungen waren in drei Fällen mild. Lieblingssitz war das Knie, das in drei Fällen sogar bilateral betroffen war. Die Menge der Flüssigkeit war stets gering, entzündliche Erscheinungen fehlten, Schmerz gering. Auch die Involution auf antisyphilitische Behandlung geht nur langsam und zögernd vor sich. Sich selbst überlassen wird das Exsudat theilweise spontan resorbirt, lässt aber Verdickung der Synovialis, unebene crepitirende Gelenksflächen zurück. Finger.

Jullien (18) macht darauf aufmerksam, dass, je mehr wir in das Studium der Syphilis eindringen, wir desto mehr zur Ueberzeugung gelangen, dass die Syphilis bereits im Secundärstadium alle Systeme und Organe befallen könne und beschreibt einen Fall schwerer von cerebralen Erscheinungen complicirter Lues, in dem sich im vierten Monate nach der Infection eine schmerzlose Schwellung an der linken Ohrmuschel entwickelte, die sich über den Helix, Antihelix erstreckte, nach oben zum Rande der Ohrmuschel, nach unten zum Trichter derselben reichte, sich als höckerige, von braunroth verfärbter Haut bedeckte, weiche, fast fluctuirende Schwellung darstellte, auf antisyphilitische Behandlung heilte. Nachdem nach den Untersuchungen Sappey's zwischen Haut und Knorpel der Ohrmuschel sich ein sehr dichtes und reiches Netz von Lymphgefässen befindet, der Patient an einer ausgesprochenen Drüsensyphilis litt, fasst Verfasser diesen Tumor als Lympho-chondroperichondrom, als Syphilome lympho-chondrique auf.
Finger.

Lowndes (19) erwähnt die specifische Dactylitis bei einer verheirateten Frau, die vor zehn Jahren von ihrem Gatten inficirt wurde. Secundäre Symptome wurden nicht wahrgenommen, späterhin aber Geschwürsbildung an den Extremitäten. Seit einem halben Jahre leidet die Frau an einer schmerzhaften Schwellung der Finger, die am zweiten und dritten Finger beiderseits begann, den Daumen und vierten Finger hier wie dort freiliess, an je einem Metacarpophalangealgelenk zum spontanen Aufbruch tendirte und auf Anwendung von Jodoform-, Calomel-Salbenpräparaten verheilte.
Friedheim.

Boulengier (20) publicirt die Krankengeschichte einer Patientin, welche mit einundzwanzig Jahren luetisch inficirt, mit dreiundvierzig Jahren starke Verdickungen einzelner Schädelknochen und perforirende Ulcerationen anderer aufwies. Sie starb an einer Nephritis. Der Verfasser hält bei der Spätlues die gummöse Infiltration — im vorliegenden Falle der Knochen — für das eigentlich Charakteristische und meint, dass die Ulceration nur von Zufälligkeiten der Localisation, der Natur der erkrankten Gewebe, sowie der Widerstandsfähigkeit des Organismus abhänge.

Cozzolino (21) hebt in seinen Vorlesungen über Nasensyphilis die Seltenheit syphilitischer Primäraffecte an der Nase und ihren Höhlen her-

vor. Am Nasenrücken hat die Initialsklerose gewöhnlich eine flache Form und geringen Umfang, während sie an den Nasenflügeln beträchtliche Dimensionen annehmen und zu auffallenden Deformitäten führen kann; desgleichen an der Nasenspitze. Sitzt die Sklerose auf der äusseren Haut der Nase, so schwellen die Submaxillardrüsen an, hat sie dagegen ihren Sitz auf der Nasenschleimhaut, so pflegen die Präpharyngealdrüsen afficirt zu sein. Der syphilitische Primäraffect der Nasenschleimhaut präsentirt sich als eine leicht blutende, fungöse Masse von röthlicher oder graulicher Farbe. Die Schwellung der Schleimhaut pflegt dabei sehr bedeutend zu sein und ist die betreffende Nasenöffnung zuweilen vollständig obturirt. Sitzt die Affection an den Choanen — die Infection wird in solchen Fällen hauptsächlich durch unreine Instrumente vermittelt — so kann durch Verlegung der Mündungen der Tubae Eustachii Taubheit entstehen. Für die Behandlung der im Nasenrachenraum localisirten Primäraffecte empfiehlt Cozzolino Insufflationen von Jodoform 5·0, Calomel 0·25, Resorcin 2·0. Dornig.

Tobin (22) constatirt einen grossen Einfluss der Syphilis auf Harnröhrenstricturen im Allgemeinen, so zwar, dass jene einen bestehenden Krankheitsprocess dieser Art auf der Schleimhaut fixirt, gleichwie Gonorrhöe ihn überhaupt erregt. Friedheim.

Viscerale Syphilis.

1. **De Craine.** Paralysie générale d'origine syphilitique; rémission complète persistante. — Bullet. de la société de méd. mentale de Belgique 1888, Nr. 50.
2. **Wilson.** Aphasia occurring during the secondary stage of Syphilis. — Med. Record, 18. August 1888.
3. **Savage.** Two cases of insanity depending on syphilitic disease of the arteries. — Brain 1888, Nr. 41.
4. **Warner** and **Beach.** A case of chronic meningitis, probably syphilitic and causing progressive dementia. — Brain 1888, Nr. 41.
5. **Mackenzie** Stephen. Paralysis of tongue, soft palate and vocalcord. — Lancet, 30. März 1889.
6. Dr. **Hadden.** Musculäre Atrophie beider Hände mit Anästhesie, complicirt mit partiellen Ophthalmoplegia externa und interna. — Lancet. 2. Februar 1889, pag. 226.
7. **Mauriac.** Syphilis du coeur. — La semaine méd. 1889, Nr. 13.
8. **Litten.** Zur Therapie der Aortenaneurysmen. — Berliner med. Ges. 3. April 1889.
9. **Gulliver.** Syphilitic ulceration of the trachea and large bronchi. — Lancet. 9. März 1889.
10. **Greffier** L. Sur un cas de syphilis pulmonaire. — La France méd. 1889. Nr. 27.
11. **Mays.** Syphilitic Phthisis. — Philadelphia, Med. Times, 1. April 1889.
12. **Botkin.** Syphilis hepatis. — Botkin'sche klin. Wochenschr. 1889, 1, 2, 3, 4 (russisch).
13. **Drühe.** Zwei Fälle von maligner Lebersyphilis. — Dissertation, München 1888.
14. **Feinberg.** Vier Fälle von syphilitischem Diabetes. — Wratsch 1889. 2, 3 (russisch).
15. **Hayem** et **Tissier.** De la syphilis de l'intestin. — Revue de méd. 1889. April.
16. **Andronico** Carmelo. Sulla sifilide renale. — L'Osservatore, Gazz. med. di Torino 1888. Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, 1.

17. **Trousseau.** Un cas de kératite interstitielle dans la syphilis acquise. Ann. de derm. et de syph. 1889, 2.

Der vor zehn Jahren inficirte Patient de Craine's (1) bot bei seiner Aufnahme die Erscheinungen einer vorgeschrittenen Paralyse mit Lähmungen, tiefer Demenz etc. Durch eine specifische Behandlung (JK und Hydrarg. bijodat.) wurde er bereits nach zweieinhalb Monaten sehr wesentlich gebessert und nach fortgesetzter Jod- und roborirender Behandlung war er nach Ablauf von elf Monaten bis auf geringen Schwachsinn und zögernde Bewegungen geheilt.

Wilson (2) veröffentlicht die Krankengeschichte einer achtunddreissigjährigen an secundärer Syphilis leidenden Patientin, welche nach vierzehntägigen heftigen Kopfschmerzen plötzlich aphasisch wurde; zugleich trat Parese des rechten Armes und der rechten Gesichtshälfte mit Herabsetzung der Sensibilität ein. In drei Monaten Heilung.

In dem ersten Falle Savage's (3) trat bei einem hereditär belasteten, frühzeitig luetisch inficirten Mann zuerst eine Hemiplegie mit Aphasie und nach Rückgang dieser Erscheinungen ein zweiter apoplectiformer Anfall ohne Bewusstseinsstörung und im Anschluss an diesen der Tod ein. Die Section ergab: Endarteritis obliterans im Bereich der Art. foss. Sylv. und einen älteren Erweichungsherd im Gebiete der inneren Kapsel. Der zweite Patient hatte eine typische Paralyse, die nach einer starken dreimonatlichen Remission nach dreizehn Monaten zum Tode führte. Ausser den eigentlich paralytischen Veränderungen ergab die Section noch eine syphilitische Erkrankung der Art. vertebral. und basilar.

Warner und Beach (4) berichten die Krankengeschichte eines von einem syphilitischen Vater stammenden Kindes, das — nachdem es sich bis dahin normal verhalten — von seinem siebenten Jahre ab einen Verfall der geistigen und körperlichen Kräfte darbot, und mit elf Jahren starb. Die Section ergab beiderseitiges hochgradiges Dura-Hämatom. — Die Verfasser glauben die Erkrankung des Kindes auf hereditäre Syphilis zurückführen zu können.

Stephen Mackenzie (5) beschreibt bei einem syphilitisch erkrankten fünfunddreissigjährigen Manne halbseitige Lähmung der Zunge, des weichen Gaumens und Stimmbandes mit gleichzeitiger Parese des M. sternocleidomastoideus und trapezius in seinem respiratorischen Theile. Wegen Ptosis und Myosis, an der dieser Kranke litt, wegen der Innervation des weichen Gaumens (nach Horsley und Beevor), glaubt Mackenzie einen degenerativen Process im Centrum cilio-spinale annehmen zu dürfen.

Friedheim.

Hadden (6). Klinische Localisation des Processes: Syphilitische Meningitis um die Wurzeln der letzten Cervical- und ersten Dorsalnerven, und syphilitische Entartung am Boden des vierten Ventrikels.

Arning.

Mauriac (7) schildert in einer lebendig geschriebenen klinischen Vorlesung das, was wir von den syphilitischen Erkrankungen des Herzens wissen. Er rechnet dieselben zu den seltensten Erscheinungen der visceralen Lues — die Zahl der sicheren Fälle beträgt nach Mauriac fünfundzwanzig bis dreissig, unter denen die Männer im Verhältnisse von 6 : 1 vertreten sind —; die Herzsyphilis tritt im Durchschnitt zehn Jahre nach der Infection auf, gehört also meist zu den tertiären Symptomen; am häufigsten erkrankt die Herzmusculatur. Das Endocard wird in den meisten, das Pericard in selteneren Fällen mitergriffen. Ganz besonders hebt der Verfasser die That-

sache hervor, dass in den allermeisten Fällen die Klappen gesund bleiben. Anatomisch ist die interstitielle Myocarditis, welche meist nicht diffus, sondern herdweise auftritt und wenig Charakteristisches gegenüber anderen Entzündungen der Herzmuskeln darbietet, von der Bildung typischer, bald solitärer, bald miliarer — häufig ist auch die Combination beider Formen — Gummata zu unterscheiden. Die Gummata können in die Herzhöhlen durchbrechen, wie das Oppolzer bereits beobachtet hat. Häufig ist die syphilitische Erkrankung des Herzmuskels mit einer Periarteriitis der Herzgefässe vergesellschaftet. Das klinische Bild der Herzsyphilis ist naturgemäss ein ausserordentlich mannigfaltiges, die Diagnose fast nur auf Grund der Anamnese und eventueller anderweitiger luetischer Erkrankungen zu stellen; der Erfolg der Therapie kann sie in vereinzelten Fällen stützen. So berichtet Mauriac von einem fünfundzwanzigjährigen Kranken, der im fünften Jahre einer augenscheinlich sehr schweren Syphilis an Palpitationen, leichten Oedemen, starken Kopfschmerzen litt, und bei dem sich neben einer geringen Herzhypertrophie ein Geräusch beim zweiten Herzton constatiren liess. Unter dem Einfluss von Jodkali schwanden die Beschwerden und auch die objectiven Symptome des Herzleidens. Der Verlauf der Herzsyphilis ist meist ein schleichender; ihre Dauer ist nicht zu bemessen, der Tod tritt häufig ganz plötzlich ein. (Fall Teissier's: Eine siebenundzwanzigjährige bis dahin scheinbar ganz gesunde Prostituirte stirbt innerhalb vierundzwanzig Stunden; die Section ergibt eine Endocarditis, eine sklerotische Myocarditis und Gummata im Herzmuskel.) Die Prognose ist nach Mauriac's Ansicht ausserordentlich ungünstig. Fast alle Fälle sind tödtlich verlaufen. Doch macht sich der Verfasser selbst den Einwand, dass es möglicherweise leichtere Formen der Herzsyphilis gebe, welche nur der Diagnose entgehen, während bei den zum Tode führenden Fällen die Autopsie die Diagnose ermöglicht. In den von Mauriac zusammengestellten Fällen ist der Tod fünfzehnmal (fünfzig Procent) ganz plötzlich (dreimal bei der Defäcation) eingetreten; plötzliche Dyspnöe, Koma, Asystolie, Albuminurie, Gangrän, Hirn-Erkrankungen sind die Folgen der Herzlues. Die Therapie besteht in Darreichung von Jodkali, Tonicis und Stimulantien. Jadassohn.

In der Discussion über Litten's (8) Vortrag „Zur Therapie der Aortenaneurysmen“, in welchem dieser wesentlich über negative Erfolge berichtet hatte, hob Senator die günstigen Erfolge der Jodkali-Therapie, besonders bei Aneurysmen der Brustaorta hervor und betonte, dass diese, wie er aus seinen drei bis vier Dutzend Fällen schliesst, meist unter dem Einfluss der Syphilis entständen; freilich wirke das Jodkali auch da, wo Lues sicher (?) ausgeschlossen war. Die Bedeutung der Lues für die Pathogenese und Therapie der Aneurysmen erkannte auch Ewald an, und wies besonders auf die Wichtigkeit des „glatten atrophischen Zungengrundes“, wenn andere Zeichen der Lues fehlen, hin. Bei der allmälig immer mehr in den Vordergrund des Interesses tretenden Frage nach der Bedeutung der Lues für die Krankheiten des Herzens und der grossen Gefässe glaubten wir diese Bemerkungen nicht übergehen zu dürfen. Jadassohn.

Gulliver (9) beschreibt tracheo-bronchale Syphilis bei einer achtunddreissigjährigen Frau; Kehlkopf gesund, typische Ulcera am weichen Gaumen. Von $1\frac{1}{2}$ Zoll über der Bifurcation an bis zur Länge eines Zolls in die grossen Bronchi hinein erstreckt sich der Process: die Schleimhaut ist hinweggefressen, der Knorpel liegt entblösst frei. Die Kranke starb in Folge einer hinzugetretenen Bronchopneumonie und Pleuritis. Friedheim.

Greffier (10) beschreibt einen Fall von Lungensyphilis, der unter folgenden Erscheinungen verlief. Nachdem die Kranke seit circa zwei Monaten

ein zunehmendes Schwächegefühl bemerkt hatte, stellte sich bei ihr heftiger Schnupfen ein; es gesellte sich mässiger, nicht blutig tingirter Auswurf hinzu, ohne dass auch nur geringes Fieber auftrat. Die Percussion der Lungen ergab rechts, vorn und hinten im unteren Drittel des Thorax leichte Dämpfung, die Auscultation im Bereich derselben abgeschwächtes vesiculäres Athmen. Stimmfremitus war ebenfalls abgeschwächt. Die Diagnose wurde dadurch erleichtert, dass sich bei der Kranken Zeichen von Lues, Narben am weichen Gaumen etc. vorfanden. Im Anschluss an diesen Fall gibt Greffier eine kurze Uebersicht der Formen der Lungensyphilis und deren Therapie, ohne jedoch damit etwas wesentlich Neues zu bieten. Galewsky.

Nach Mays (11) ist für das Frühstadium der durch Syphilis bedingten Phthise das Fehlen deutlicher physikalischer Symptome charakteristisch. Häufig ist als einziges Zeichen der Erkrankung hastige Respiration oder abgeschwächtes Athemgeräusch vorhanden. Wenn Crepitation eintritt, beginnt sie plötzlich, zeigt meist einen lauten, feuchten Charakter und kann sich schnell über die ganze Brusthälfte ausdehnen. Hämoptyse ist gewöhnlich ein hervorragender Factor. Anhaltendes, wohl charakterisirtes Fieber und Nachtschweisse fehlen. Die Expectoration ist zähe, weiss, klebrig und reichlich. Der Patient ist in der Regel anämisch, leidet an Diarrhöe und Erbrechen. Deutliche Abmagerung tritt erst spät auf. Jede Aenderung im Verlaufe der Krankheit, entweder zur Genesung oder zum Tode ist ausgesprochener und plötzlicher, als bei gewöhnlicher Phthise. Die Abwesenheit des Fiebers, oder die Neigung desselben, einen unregelmässigen oder abnormen Verlauf anzunehmen, ist nach Mays eines der werthvollsten Symptome in differentiell-diagnostischer Beziehung. Bei Vorhandensein einer constant niederigen Temperatur kann man, auch wenn andere Symptome fehlen, immer eine luetische Erkrankung vermuthen. Zeising.

Von Botkin's (12) beide musterhaften klinischen Vorlesungen enthalten eine ausführliche Besprechung zweier Fälle gummatöser Affection und interstitieller Entzündung der Leber, mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose der Lebersyphilis. Näheres muss man im Originale nachlesen. Szadek.

Drühe (13) gibt die ausführliche Krankengeschichte eines einundzwanzigjährigen Soldaten, der mit Primäraffect im Garnisons-Lazareth München aufgenommen, dort sechsunddreissig Einreibungen à 4·0 Ungt. ciner. durchgemacht hatte und geheilt entlassen worden war, aber schon nach dreizehn Tagen wegen Icterus wieder aufgenommen werden musste. Keine Beschwerden, kein Fieber, Leber nicht vergrössert. Schon nach circa vierzehn Tagen Leberdämpfung stark verkleinert. Im weiteren Verlauf traten Milzschwellung, zeitweise Albuminurie, ein kleinpapulöses, stark juckendes Exanthem, gelegentlich Fieber, Blutungen aus der Nase und blutige Stühle auf, die schon nach drei Monaten den Exitus letalis herbeiführten, nachdem wiederholte Gaben von 5·0 Kali jodati pro die und eine erneuerte Schmiercur im Stiche gelassen hatten. Die Section (Prof. Bollinger) ergab Hepatitis syphilitica diffusa und Perihepatitis. Bemerkenswerth ist der frühzeitige Eintritt der Leber Affection (schon zwei Monate post infectionem) und die schon im Beginne des Leidens vorhandene Leberverkleinerung. Im zweiten Fall ist die Leber Erkrankung erst zwanzig bis fünfundzwanzig Jahre nach der Infection eingetreten und führte in circa einem halben Jahre zum Tode. Die Symptome im Leben bestanden in Ascites, Magen-Darmblutungen, Icterus und höckeriger Beschaffenheit der Leber. Antisyphilitische Behandlung ohne Erfolg. Bei der Section fanden sich Gummata der Leber, hypertrophische Lebercirrhose. Rich. Kohn.

Feinberg's (14) Mittheilung beschäftigt sich mit vier Fällen von „Diabetes syphiliticus"; in allen Fällen wurden ausser dem Zuckerharn auch verschiedene luetische Affectionen des Nervensystems beobachtet. Der erste Fall betraf einen siebenundzwanzigjährigen Mann, der Symptome von Meningitis spinalis und Diabetes mellitus zeigte. Da die usuelle Therapie kein Resultat gab, wurde der Kranke einer specifischen Behandlung unterzogen, nach welcher bald eine bedeutende Verminderung des Zuckergehaltes erfolgte. Leider entzog sich der Patient der weiteren Behandlung. Im zweiten Falle handelte es sich um einen jungen Arzt, welcher vor zehn Jahren sich inficirte und seit den letzten zwei Jahren an Diabetes mellitus litt, und bei dem plötzlich epileptische Anfälle auftraten; nach einem solchen Paroxysmus trat Hemiparesis der Extremitäten ein, welche jedoch nach specifischer Cur sammt den diabetischen Symptomen dauernd schwand. Im dritten Falle, welcher ein achtundzwanzigjähriges syphilitisches Mädchen betrifft, wurden im Verlaufe der hochgradigen bulbären Paralyse luetischer Natur auch die Symptome des Zuckerharns bemerkt. Nach vierzig Inunctionen und Jodkali schwanden sämmtliche Erscheinungen. Der vierte Fall betraf einen einunddreissigjährigen Kranken, der verschiedene Symptome von Cerebrallues zeigte (Hemiparesis, heftige Kopfschmerzen, Hemianopsia sinistra, später auch dextra, etc.); auch wurde Polyuria mit halbprocentigem Zuckergehalt im Harn beobachtet. In letzterem Falle vermuthete der Verfasser das Vorhandensein des cerebralen Tumor in der Nähe von Chiasma nerv. opticorum, wodurch er die Coincidenz von Hemianopsie mit Polyurie und Glycosurie erklärt. Szadek.

Hayem et Tissier (15) publiciren einen Beitrag zur Kenntniss der wenig erforschten Localisation des syphilitischen Processes im Darm. Die zweiunddreissigjährige Patientin kam in einem — seit einem Monat bestehenden — typhösen Zustande mit allerdings auffallend geringem Fieber, Meteorismus, Diarrhöen etc. ins Hospital, zugleich hatte sie ein papulo-squamöses Exanthem und die Anamnese ergab, dass sie vor einigen Monaten eine, nach der Ansicht der Verfasser zweifellos ebenfalls syphilitische Hemiplegie erlitten hatte. Die Section der nach wenigen Tagen in hochgradigem Stupor verstorbenen Kranken liess auf der Schleimhaut des Coecums eine Anzahl verschieden grosser, rundlicher oder unregelmässiger Ulcerationen auffinden, welche bis auf die Muscularis reichten, mit weisslichen, eiterigen Massen belegt und zum Theil leicht indurirt waren; die Ränder zerrissen oder leicht eingerollt; die Umgebung leicht geschwollen, stark injicirt. Im Colon ascendens und transversum einige oberflächlichere Ulcerationen und eine Anzahl vernarbter Stellen. Die Mesenterialdrüsen nicht vergrössert, mikroskopisch konnten Bacterien nicht nachgewiesen werden. Die Verfasser glauben tuberculöse, dysenterische oder typhöse Ulcerationen ausschliessen zu können und versuchen so per exclusionem zu beweisen, dass es sich um eine Darmlues gehandelt habe. Jadassohn.

Andronico (16) fasst die Ergebnisse seiner Arbeit über Nierensyphilis folgendermassen zusammen: 1. Die Nierensyphilis ist eine jener Affectionen, welche, den alten Specialärzten wenig oder gar nicht bekannt, heute einen integrirenden Bestandtheil der Pathologie der Visceralsyphilis ausmacht. 2. Sie manifestirt sich sowohl in der congenitalen, als auch in der acquirirten Syphilis. 3. Klinisch genommen können die syphilitischen Nierenerkrankungen unter verschiedenen Formen auftreten, von der einfachsten (?) Nephritis angefangen bis zur interstitiellen und gummösen. 4. Weder symptomatisch noch pathologisch-anatomisch unterscheiden sich die specifischen Nierenerkrankungen von anderen, auf nicht specifischer Grundlage beruhenden Nephropathien. 5. Eine Ausnahme davon machen nur

die gummösen Nieren-Affectionen, welche pathologisch-anatomisch das charakteristische Bild einer gummösen Gewebswucherung präsentiren. 6. Wenn auch die syphilitischen Nierenaffectionen hauptsächlich der Spätperiode angehören, sind doch Fälle constatirt, in denen sie bereits in der Secundärperiode zur Entwickelung kamen. 7. Ihre relativ leichte Heilbarkeit gegenüber nicht specifischen Nierenerkrankungen ist ein nahezu sicheres Kennzeichen ihrer Specifität. 8. Die einzige rationelle Therapie der syphilitischen Nephropathien besteht in der rechtzeitigen Einleitung einer Mercurialcur.

Dorning.

Trousseau (17). Im Gegensatze zur feststehenden Thatsache, dass hereditäre Syphilis interstitielle Keratitis erzeugen könne, leugnen die meisten Autoren den Einfluss acquirirter Syphilis auf Erkrankungen der Cornea. Verfasser führt nun einen Fall von Keratitis interstitialis an, der bei einer fünfundzwanzig Jahre alten Frau, im vierten Jahre nach der Syphilisinfection, gleichzeitig mit einer papulo-tuberculösen Recidive auftrat, auf Traitement mixte heilte. Als charakteristisch gegenüber der Keratitis bei hereditärer Syphilis sieht Verfasser den leichteren, oberflächlichen Verlauf, die prompte Heilung bei der durch acquirte Syphilis bedingten Keratitis an.

Finger.

Hereditäre Syphilis.

1. **Barthélemy.** Syphilis héréditaire transmise après 14 ans de syphilis. Réunion clin. hebdom. de l'hôpit. St. Louis, 10. Jänner 1889. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 3.
2. **Valat.** Nouveau né syphilitique. Gommes du poumon et du thymus. — Bullet. de la société anat. 1888.
3. **Dupré** Ernest. Tibia hérédo-syphilitique chez une femme de 87 ans. Hystérie ancienne. Sclérose rénale. Hémiplégie gauche terminale, sans lésions encéphaliques. — Bullet. de la société anat. de Paris 1888.

Barthélemy (1) stellt ein vier Monate altes Kind mit ausgebreitetem papulocrustösen Syphilid vor, das seit einem Monate besteht. Das Kind kräftig, gut genährt, wurde reif geboren. Die Eltern, seit achtzehn Jahren verheiratet, hatten beide vor vierzehn Jahren Syphilis, die fast gar nicht behandelt wurde. Das erste Kind, drei Jahre nach der Infection reif geboren, starb im Alter von sieben Jahren an Meningitis. Ein zweites Kind hatte ein Exanthem, starb sieben Jahre alt, das dritte starb neun Monate alt an Cholera infantum, das vierte starb fünfundzwanzig Tage alt an Bronchopneumonie, das fünfte Kind, jetzt drei Jahre alt, ist in der Entwickelung sehr zurück, zeigt eine Keratitis interstitialis. Das sechste ist das besprochene. Fournier bemerkt, dass die Möglichkeit hereditärer Uebertragung der Syphilis nach seinen Aufzeichnungen bis zu zwanzig Jahren reicht.

Finger.

Valat (2) beschreibt einen Fall von Lues congenita. Die Section des Kindes ergab ein haselnussgrosses Gumma im linken Unterlappen. Im rechten Lappen der Thymusdrüse fanden sich drei verhältnissmässig geräumige und unter einander communicirende Cavernen, welche mit Eiter erfüllt waren. Die Oberfläche des Körpers war bedeckt mit ulcerösen und pemphigusartigen Syphiliden, die am stärksten an Händen und Füssen entwickelt waren. Die Mutter des Kindes zeigte keine Zeichen einer alten oder frischen Lues.

Galewsky.

Dupré (3) schildert einen Fall von hereditärer Lues, bei welchem sich als einziges Symptom der Lues, die Säbelform der Tibia nachweisen

liess. Die Frau war zweimal von linksseitigen hemiplegischen Anfällen betroffen worden, die auf Jodkalium zurückgingen. In ihrer Jugend hatte sie ausserdem an heftigen hysterischen Anfällen gelitten. Im Alter von siebenundachtzig Jahren wurde sie ganz plötzlich wieder von apoplektischen Anfällen betroffen; die ganze linke Körperhälfte war gelähmt, der Kopf und die Augen nach rechts gedreht; es bestand Incontinentia urinae et faecium. Nachdem sich die Kranke bereits wieder einigermassen erholt hatte, starb sie vierzehn Tage später ohne irgend welche Vorzeichen eines nahen Todes. Die Section ergab, ausser atheromatöser Entartung der Gefässe, eine sklerotisirende senile Nephritis und Dupré glaubt daher die Hemiplegien und die hysterischen Erscheinungen, zumal da pathologische Veränderungen des Gehirns sich nicht vorfanden, auf urämischen Ursprung zurückführen zu können.

Galewsky.

Therapie der Syphilis.

1. **Gowers.** Prophylactic and Sanative Treatment of Late Syphilis. — Philadelphia Med. Times. 1. April 1889.
2. **De Luca.** Le iniezioni ipodermiche di mercurio metallico. — Riforma med. Maggio 1888. Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, 1.
3. **Deale.** Intramuscular Injections of mercury in Syphilis. — Med. News Nr. 846, 30. März 1889.
4. **Berman.** Behandlung der Syphilis mit subcutanen Sublimatinjectionen. Vortrag, gehalten beim III. Congresse russischer Aerzte zu St. Petersburg 1889.
5. **Tschernogubow.** Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von Hydrargyrum oxydatum flavum. — Vortrag, gehalten beim III. Congresse russischer Aerzte zu St. Petersburg 1889.
6. **Rieschetnikow.** Britische Bemerkungen über verschiedene Behandlungsmethoden der Syphilis (Injectionstherapie). — Wjestnik sudiebnoi mediciny i higieny 1889, 1, pag. 1—17 (russisch).
7. **Schimansky.** Behandlung der syphilitischen Soldaten mit subcutanen Calomelinjectionen. — Wojenno-Soustavnoje. Djelo 1888, 48, 49.
8. **Caldwell.** Chemical and clinical experimental Researches on the salicylate of mercury. — The therap. Gaz. 15. April 1889.
9. **Müller** Georg. Beitrag zur Kenntniss des Hydrargyrum salicylicum. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1889, Nr. 7.
10. **Kulnow.** Ueber die nachtheilige Wirkung der Piatigorsker Schwefelbäder bei recenten Syphilisfällen. — Vortrag gehalten beim III. Congresse russischer Aerzte in St. Petersburg 1889.
11. **Borowskij.** Ueber den Einfluss von warmen indifferenten und Schwefelbädern auf die Hg-Ausscheidung durch den Harn. — Vortrag gehalten beim III. Congresse russischer Aerzte in St. Petersburg 1889.
12. **Borowskij.** Ueber Hg-Ausscheidung durch den Harn. — Kiewer Universitätsnachrichten 1888, August, pag. 1—40.
13. **De Luca.** L'alanina mercurica (alaninato di mercurio) nella terapia della sifilide. — Riforma med. Marzo 1888. Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, 1.
14. **Woods.** The Oxyjodides of Bismuth. — Brit. Med. Journ. 1889, Nr. 1475.
15. **Hyde.** Dermatitis tuberosa one to ingestion of the iodine compound. — Med. News, 13. October 1888.
16. **Regourdin Fr.** L'arséniate d'or dynamisé comme agent therapeutique, sa puissance dans un très grand nombre de maladies récentes ou chroniques. — Progrès méd. 1888, 19.

Gowers (1) unterwirft jeden Syphilitischen wenigstens fünf Jahre lang nach dem Auftreten der letzten Symptome zweimal jährlich einer dreiwöchentlichen Behandlung, während deren er 1·25—2·0 Kali jodati täglich verabreicht. Treten Symptome auf, so wendet er bei entzündlichen Processen Hg, bei Vorhandensein von Gummata aber Kalium jodatum an. Hg gebraucht er in Form der Inunctionscur, weil dasselbe so schneller und sicherer wirkt, als bei innerlicher Anwendung. Kalium jodatum gibt er in grossen Dosen sechs, meistens zehn Wochen hindurch und hört dann auf, weil eine lang fortgesetzte Behandlung mit kleinen Dosen die Gewebe so tolerant gegen das Medicament macht, dass sie durch dasselbe nicht mehr angeregt werden, dem syphilitischen Processe zu widerstehen. Etwaige Residuen müssen durch andere Methoden beseitigt werden, sie weichen nicht der Jodbehandlung, letztere kann nur Schaden verursachen, kann aber nach einem Zwischenraume, in dem Tonica anzuwenden sind, wiederholt werden. Zeising.

De Luca's (2) Arbeit zerfällt in zwei Theile, einen experimentellen und einen klinischen. Im ersten Theile berichtet der Autor über die Versuche, welche er mit subcutanen Injectionen von metallischem Quecksilber an sieben Kaninchen angestellt hat, wobei er Folgendes feststellte: 1. Metallisches Hg, unter die Haut eines Kaninchens injicirt, wird resorbirt und gelangt langsam in den Kreislauf, ohne nachweisbare örtliche oder allgemeine Störungen hervorzurufen. 2. Eine Menge von 1·5 metallischem Hg bleibt, subcutan injicirt, durch längere Zeit im Injectionsherd deponirt; die Umwandlung und vollständige Aufsaugung des Hg geht allmälig in einem Zeitraume, der kürzer ist als ein Jahr, vor sich. 3. Das subcutan injicirte metallische Hg wird vorerst in situ verseift und wandelt sich später, bei seiner Verbreitung im Organismus, höchst wahrscheinlich in Chlorid um. Einige Centimeter jenseits des Injectionsherdes findet man keine Spur von metallischem Hg mehr. Die Untersuchung des Injectionsherdes liess dessen Zusammensetzung aus zwei concentrischen Schichten erkennen: die centrale Schicht bestand aus einer glänzenden Masse metallischen Hg und war schalenförmig umgeben von einer schmierigen Masse, die das Aussehen des Unguentum cinereum hatte. An dieser zweiten Schicht konnte man zwei Zonen unterscheiden, eine innere, unmittelbar den centralen, glänzenden Kern umschliessende, welche eine Unzahl fein vertheilter H-Tröpfchen enthielt, und eine äussere, dichtere von grauer Farbe, in welcher die metallischen Hg-Kügelchen fehlten. Vom Injectionsherde gingen in das umgebende subcutane Bindegewerbe streifenförmige, 5—8 Mm. lange Fortsätze aus, in denen man keine Hg-Tröpfchen nachweisen konnte. — Der klinische Theil der Arbeit kann, da er blos vier therapeutische Versuche enthält, nur als eine vorläufige Mittheilung angesehen werden. Wir beschränken uns darauf, die Schlussfolgerungen des Autors wiederzugeben. 1. Subcutane Injectionen von 2·0 metallischem Hg werden vom menschlichen Organismus sehr gut vertragen; allgemeine Erscheinungen fehlen und die localen sind sehr gering. 2. Das metallische Hg geht in den Harn in so geringen Mengen über, dass diese selbst durch die empfindlichsten Reactionen kaum nachgewiesen werden können. 3. In Dosen von 2·0 äussert das metallische Hg keine specifischen Heilwirkungen; diese dürften nur durch Injection grösserer Mengen, als sie hier angewendet wurden, erzielt werden. 4. Auf Grund der wenigen hier gemachten Beobachtungen ist die Annahme nicht ganz ungerechtfertigt, dass eine Injection von 2·0 metallischen Hg am Schlusse jeder methodischen antisyphilitischen Cur mit Vortheil angewendet werden könnte, um den Organismus durch längere Zeit unter dem Einfluss kleiner Dosen Hg zu halten. Dornig.

Deale (3) discutirt die Vor- und Nachtheile intramusculärer Injectionen besonders des Sublimats, theilt einige mit Injectionen behandelte Fälle mit, bringt aber nichts Neues. Jadassohn.

Berman (4) berichtet über seine Erfahrungen bezüglich der Behandlung der Lues mit subcutanen Sublimatinjectionen. Seine 200 Patienten (mit verschiedenen Syphilisformen) erhielten 5890 Injectionen; die Zahl der Injectionen betrug durchschnittlich im einzelnen Falle 26—28, das Maximum 60, das Minimum 20; täglich wurde 0·0075 Sublimat in die Rücken- und seitliche Brustgegend injicirt; Abscesse wurden nicht beobachtet; nach Berman's Meinung sind die Sublimatinjectionen den unlöslichen Hg-Präparaten vorzuziehen. Szadek.

Tschernogubow (5) berichtet über günstige Erfolge, welche von ihm in mehreren Syphilisfällen durch Injectionen von grossen Gaben des gelben Hg-Oxyds erzielt worden sind. Es wurden bei 100 Patienten circa 1500 Injectionen gemacht. Zur Injection diente eine Suspension von Hydrargyrum oxydatum flavum in einer halbprocentigen Carbolsäurelösung mit Zusatz von Gummi arabic. (1 : 100). Die recenten syphilitischen Symptome schwanden durchschnittlich in 17, Syphilis recidiva in 16·4 Tagen; nur in einem Falle entstand ein Abscess an der Injectionsstelle. Die Injectionen des Hg-Oxyds werden sogar von zwölf- bis vierzehnjährigen Kindern sehr gut vertragen (0·06 pro Dosis). Die Schwangerschaft schliesst die subcutane Einführung von Hydr. oxyd. flavum nicht aus. Auf das Auftreten von Recidiven haben diese Injectionen keinen Einfluss; Anämie, allgemeine Schwäche, Alkoholismus, die Affectionen parenchymatöser Organe, Scorbutus und Caries der Zähne contraindiciren den Gebrauch von Hydr. oxyd. flavum. Das Hg erscheint schon nach vier bis acht Stunden im Harne. Szadek.

Caldwell (8) hat eine Anzahl physiologischer und therapeutischer Versuche mit Verbindungen der Salicylsäure und des Quecksilbers angestellt und berichtet über dieselben in aller Kürze. Er unterscheidet im Ganzen sechs solcher Verbindungen, deren Structurformeln er angibt. Auf die chemischen Einzelheiten können wir hier nicht eingehen; ebensowenig ist eine Reproduction der physiologischen und pharmakologischen Ergebnisse am Platze. Dagegen muss hervorgehoben werden, dass nach den Versuchen des Verfassers das Salicylquecksilber in Dosen bis zu 3 Gr. täglich gut vertragen wird, dass man aber bei gleichzeitiger Darreichung von Jodkali nur schwache Dosen des Quecksilberpräparates geben darf, weil sonst in allen Fällen Salivation eintritt. (Bei Injectionen von Salicylquecksilber haben wir oft zu gleicher Zeit Jodkali gegeben, ohne eine Steigerung der Salivation oder stomatitische Erscheinungen zu beobachten. Ref.) Im Vergleich zum Sublimat wird das Salicylquecksilber vom Magen besser vertragen, weil das letztere in Folge der sauren Reaction des Mageninhaltes an der Absorption durch die Magenschleimhaut gehindert wird. Es geht — namentlich, wenn es zugleich mit Salzsäure gegeben wird — unzersetzt ins Duodenum über und wirkt hier — wie überhaupt — kräftig antiseptisch; man darf es nicht mit Salzen der schweren Metalle zusammen verschreiben, ebensowenig mit Cocaïn, weil es sich mit diesem zersetzt. Es wirkt weniger intensiv gegen syphilitische Symptome, als Sublimat, hat aber auch weniger unangenehme Nebenwirkungen. Jadassohn.

Müller (9) kommt in seiner Arbeit auf Grund von Versuchen zu folgenden Schlüssen: 1. Hydrargyr. salicyl. innerlich, subcutan und auf Wunden angewendet, steht den übrigen Hg-Verbindungen an Giftigkeit bedeutend nach. 2. Bei Hunden wird das Mittel sowohl vom Verdauungstractus als von der Subcutis aus in die Blutbahn aufgenommen und kann im ersteren

Falle nach 10—15, im letzteren nach 35—42 Stunden im Harne nachgewiesen werden. Subcutan einverleibt wird es in gelöstem Zustande schneller als ungelöst resorbirt. 3. Von der intacten Haut aus wird nichts von dem Mittel aufgenommen. 4. Von granulirenden Wunden aus wird es sehr gut resorbirt, wenn es in grossen Mengen und in Dauerverbänden applicirt wird; bei offener Wundbehandlung scheinen nur sehr kleine Mengen in die Blutbahn aufgenommen zu werden. 5. Weder in gelöstem Zustande noch in Salbenform hat das Mittel eine nennenswerthe Wirkung auf Demodex folliculorum. Sternthal.

Aus Kulnow's (10) Beobachtungen ergibt sich, dass die Schwefelbäder im früheren Stadium der Syphilis angewendet, den Verlauf der Krankheit verschlimmern, und zwar sieht man häufig nach deren Anwendung die Recidive in höherem Grade auftreten. Die Ursache dieser Erfahrung sucht Kulnow darin, dass das Hg durch die Anwendung warmer Bäder zu schnell ausgeschieden wird. Dagegen wirken die Schwefelquellen sehr souverän bei Syphilisfällen mit übermässiger Hg-Sättigung des Körpers, weil nach innerem Gebrauch der Schwefelwässer eine Beschleunigung der Hg-Ausscheidung wahrgenommen wird. Szadek.

Auf Grund einer Reihe von Harnanalysen bei Syphiliskranken, welche nach Hg-Curen einfache warme, künstliche Schwefelbäder (28—30° R.) oder heisse Luftbäder (50—80° R.) gebrauchten, kommt Borowskij (11) zu folgenden Schlüssen: 1. Unter Anwendung aller drei Arten warmer Bäder wird Hg-Ausscheidung durch den Harn befördert, und zwar ist die Entfernung des Quecksilbers aus dem Körper eine völlige. 2. In denjenigen Fällen, wo die selbstständige Hg-Ausscheidung stockt, kann sie durch Bäder in Gang gebracht werden. 3. Je höher die Temperatur der Bäder ist, desto besser wird ihre Wirkung, so zwar, dass die Schwankungen der Temperatur der Bäder auch Schwankungen in der Hg-Ausscheidung hervorrufen. 4. Die Intensität der Wirkung heisser Luftbäder ist etwas mehr ausgeprägt, als die der Wasser- und Schwefelbäder. 5. Mercurielle Stomatitiden vergehen schneller bei Anwendung von warmen Bädern. 6. Gleichzeitiger Gebrauch von Hg und Bädern wirkt auf Syphilis energischer, als mercurielle Behandlung ohne Bäder. Szadek.

De Luca (13) berichtet über seine therapeutischen Versuche mit einem neuen Mercurpräparate, dem Alanin-Quecksilber. Dieses Präparat, welches wegen der sauren Reaction des Alanin (Amido-Propionsäure) auch als alaninsaures Quecksilber bezeichnet werden kann, ist eine schmutzigweisse, aus feinen nadelförmigen Krystallen zusammengesetzte, in drei Volumtheilen Wasser lösliche Substanz; die Lösung ist klar und farblos und verändert sich nicht. Eiweisshältige Flüssigkeiten werden durch concentrirte Lösungen von Alanin-Quecksilber weiss gefärbt, coaguliren jedoch nicht. De Luca benützte bei seinen Versuchen, welche er an vierzig Syphiliskranken anstellte, Lösungen von 4, 8 und 10 Milligrammen des Salzes auf einen Cubikcentimeter destillirten Wassers. Auf Grund dieser Versuche gelangt er zu nachstehenden Schlussfolgerungen: Das Alanin-Quecksilber wird vom Organismus, mag es demselben subcutan einverleibt oder interne verabreicht werden, sehr gut vertragen. Bei hypodermatischer Anwendung ist es den anderen löslichen Quecksilberverbindungen vorzuziehen, da es in relativ kleinen Mengen wirksam ist und an den Einstichstellen selten Abscesse hervorruft (diese dürften sich wohl ganz vermeiden lassen). In Fällen von infantiler Syphilis gebührt dem Alanin-Quecksilber, wenn es per os verabreicht wird, vor jedem anderen Quecksilberpräparate der Vorzug. Sowohl bei interner als auch bei hypodermatischer Anwendung ist, wie es

scheint, die durch das Alanin-Quecksilber erzielte Heilung der luetischen Erscheinungen constanter und dauernder als bei anderen Präparaten. Zur Beurtheilung des Einflusses des Mittels auf luetische Späterscheinungen fehlen noch hinreichende Erfahrungen. Dornig.

Woods (14) empfiehlt neben dem rothen ein gelbes Wismuthoxyjodid, das durch Einbringen von Bismuth. subnitr. in wässerige Lösung von $Ca\,O\,J_2$ hergestellt wird und ein unlösliches, durch Säuren zersetzbares Pulver darstellt. Es hat nach den Angaben des Verfassers einen nicht unbeträchtlichen antiseptischen Werth, enthält in der Unze $12^1/_2$ Gran Jod und kann auch innerlich und auf Schleimhäuten verwendet werden. Wood schlägt es als Ersatzmittel des Jodoform vor. Jadassohn.

Hyde (15) berichtet über zwei eigenartige Exantheme nach Jodgebrauch: im ersten Falle handelte es sich um flache, rothe, zum Theil nässende, bis eigrosse Knoten an Kopf, Armen und Rumpf; in dem anderen Falle (bei einem sieben Monate alten Kinde) um mahagonibraune mit einer Delle versehene, sehr dicht stehende Knoten. Nach dem Aussetzen des Medicamentes rasche Heilung.

Regourdin (16) empfiehlt die Verbindung von Gold und Arsenik (unter dem Namen: Arséniate d'or dynamisé) unter anderem auch für die Behandlung von secundärer und tertiärer Syphilis (in Dosen von 1—30 Mgr. steigend).

Varia.

62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg, 17.—23. September 1889.

22. Abtheilung für Dermatologie und Syphilis.

Sitzungssaal: Hörsaal der medicinischen Klinik.

Einführender Vorsitzender: Dr. Fleiner, Heidelberg, Rohrbacherstrasse 22.

Schriftführer: Dr. Dinkler, Heidelberg, Vossstrasse 2.

Angemeldete Vorträge:

1. Prof. Dr. Neisser (Breslau): Ueber die Verbreitung der venerischen Krankheiten unter den Prostituirten. — 2. Prof. Dr. Doutrelepont (Bonn): Thema vorbehalten. — 3. Docent Dr. Lassar (Berlin): Ueber Rhinophyma. — 4. Dr. Max Josef (Berlin): Prurigo bei lymphatischer Anämie. — 5. Dr. Edmund Stern (Mannheim): Zur Aetiologie der Sycosis vulgaris. 6. Derselbe: Zur Narbenverbesserung. — 7. Dr. Fleiner (Heidelberg): Ueber Eczema chronicum universale. — 8. Dr. Dinkler (Heidelberg): Ueber Erkrankungen der Zungenschleimhaut. — Sitzungen am 18. September 3—5, 19. und 21. September 8—10 Uhr.

Die ergebenst Unterzeichneten beehren sich hiedurch anzuzeigen, dass nach Beschluss des letzten Congresses zu Washington, Sitzung vom 9. September 1887, der

X. internationale medicinische Congress

in Berlin stattfinden wird.

Der Congress wird am 4. August 1890 eröffnet und am 9. August geschlossen werden. — Nähere Mittheilungen über das

Programm werden alsbald ergehen, nachdem die, auf den 17. September d. J. nach Heidelberg berufene Versammlung der Delegirten der deutschen medicinischen Facultäten und medicinischen Vereine definitive Entscheidung darüber gefasst hat. Wir ersuchen Sie ganz ergebenst, inzwischen diese Mittheilung in Ihren Kreisen bekannt geben und damit zugleich unsere freundliche Einladung verbinden zu wollen.

von Bergmann. Virchow. Waldeyer.

Der Minister des Innern hat die im Concretualstatus der drei Wiener allgemeinen Krankenhäuser erledigte Primararztstelle einer Abtheilung für Syphilis dem Privatdocenten Dr. Gustav Riehl verliehen.

Wie schon mitgetheilt, werden die Verhandlungen des ersten Congresses der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in einem besonderen Ergänzungshefte zum Archiv für Dermatologie und Syphilis demnächst ausgegeben werden.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien. — 176989

Originalabhandlungen.

Ueber die klinischen und histologischen Veränderungen der erkrankten Vaginalschleimhaut.

Bearbeitet von

Prof. I. Neumann in Wien.

(Mit Tafel VII—XVI.)

Nicht bald eignet sich ein Gewebe zum Studium der klinischen und histologischen Veränderungen so sehr, als gerade die Schleimhaut der Vagina.

Die grosse Fläche, welche sie darbietet, die wenn auch dichte Lage von Pflasterepithel, welche die erweiterten Gefässe des Papillarkörpers häufig durchscheinen lässt, machen es möglich, dass man selbst die Entwickelung gleichwie den weiteren klinischen Verlauf einzelner Krankheitsprocesse zu verfolgen vermag. Der Einfluss, der namentlich vom Cervicalcanal abgehenden Secrete und Eiterungen, die häufig vollzogene Cohabitation, die Veränderungen, welche in Folge einzelner physiologischer Vorgänge, wie z. B. der Menstruation, Schwangerschaft bedingt werden, die durch den senilen Process hervorgerufene Atrophie, die Einwirkung von virulenten Stoffen, welche in der Vagina vorwiegend Blennorrhöen, seltener allerdings venerische Geschwüre, Sklerosen und breite Condylome erzeugen, endlich die gummöse Infiltration und die spitzen Condylome sind es, abgesehen von Tumoren, welche hier zunächst in Betracht kommen. In kurzen Zügen möge hier einzelner Processe gedacht werden. Die eigentliche Colpitis wollen wir später eingehender besprechen.

Venerische Geschwüre (sogenannté weiche Schanker) in der Vagina sind eigentlich selten. Sie kommen vorwiegend am Introitus von den Carunkeln ausgehend, vor. Weniger selten sitzen sie an der Vaginalportion und im Scheidengewölbe. Die Diagnose dieser Geschwüre ist hier nicht immer leicht möglich, und können oft erst Impfungen in die äussere Haut sicheren Aufschluss geben. Die Ursache des seltenen Vorkommens derselben in der Vaginalschleimhaut liegt wohl in deren anatomischen Baue, nachdem sie durch die dichte Lage von Pflasterepithel gegen inficirende Stoffe doch mehr geschützt ist, als dies bei der Schleimhaut des Scheidengewölbes und der Vaginalportion der Fall ist, welche nur mit einer dünnen Epithelschicht bekleidet ist. Dasselbe Verhältniss bietet auch die Sklerose dar. Sie erscheint vorwiegend um den Introitus vaginae, dehnt sich von da aus weiter in die Vaginalschleimhaut aus und ist hier immer exulcerirt mit aufgeworfenem Rande. Sonst sind primär in der Vagina auftretende Sklerosen ausserordentlich selten, und typisch entwickelte Geschwüre auf der Schleimhaut z. B. des mittleren Dritttheils der Vagina, habe ich überhaupt nur zwei gesehen, während Sklerosen an der Vaginalportion, wenn auch gerade nicht so häufig als dies gewöhnlich angenommen wird, immerhin beobachtet werden.

Breite Condylome sind an der Vaginalportion und im Scheidengewölbe nicht so selten; sie sind hier theils vereinzelt, theils kommen mehrere zugleich vor. Dieselben bilden hier mässig elevirte, meist linsengrosse, knopfförmige, gewöhnlich mit fest anhaftendem, gelblich gefärbtem Exsudate bedeckte Efflorescenzen.

Spitze Condylome entwickeln sich zunächst von den Kanten der Wülste, seltener von den Falten. Es ist auch diese Entwickelung wohl aus anatomischen Gründen erklärlich, weil die spitzen Condylome fast ausschliesslich durch Grössenzunahme der Papillen entstehen, indem aus Anfangs miliaren Knötchen allmälig grössere hahnenkammartige Wucherungen sich heranbilden. An der senil veränderten Vaginalschleimhaut beobachtet man nie spitze Condylome, weil in Folge des senilen Processes der Papillarkörper geschrumpft ist.

Die gummöse Erkrankung erscheint am häufigsten im unteren Dritttheil und am Introitus vaginae, nie allein, meist in Ver-

bindung mit Gummen des Vestibulum, der grossen Labien, der hinteren Commissur oder des Rectum. Die Vaginalgummen gehen sämmtlich von dem submucösen Bindegewebe aus und wenn sie nach aussen durchbrechen, bilden sie Geschwüre mit unterminirten Rändern, zum Unterschied von den Hautgummen, deren Durchbruchsöffnungen gewöhnlich einfache Contouren zeigen. Die Schleimhaut wird rigid, ihre Falten schwinden, dieselbe ist glatt, brüchig. Dies der Grund, warum, bei gleichzeitiger Affection des Rectum, bei der gewöhnlichen oder noch mehr bei forcirter Untersuchung leicht Rectovaginalfisteln entstehen.

Die eben angeführten Affectionen der Vaginalschleimhaut bilden jedoch noch nicht den eigentlichen Gegenstand unserer Erörterungen, und wir können nach der skizzenhaften Darstellung derselben sofort auf das eigentliche Thema übergehen: die entzündliche Erkrankung der Vaginalschleimhaut.

Die Krankheitsprocesse der Vaginalschleimhaut sind in ihrem Wesen noch immer lückenhaft erkannt und noch viel zu wenig mikroskopisch studirt worden. Die Schwierigkeit der Herbeischaffung des Untersuchungsmateriales zu mikroskopischen Zwecken einerseits, gleichwie die die Vagina nicht immer gleichmässig berücksichtigende Specularuntersuchung, welche in der Regel vorwiegend die Vaginalportion und den Cervicalcanal zum Gegenstande näherer Prüfung macht, erklären diese mangelhaften Kenntnisse hinlänglich. Und daher suchen wir selbst in den neuesten gynäkologischen und noch mehr syphilidologischen Werken, C. Ruge ausgenommen, vergebens nach eingehender Bearbeitung, ja wir finden in den meisten, namentlich Syphiliswerken ganz irrige Anschauungen über dieses Thema.

Das reichhaltige Material meiner Klinik bot mir genügende Gelegenheit zum Studium, und sind mir hiebei mein früherer Assistent Docent Dr. S. Ehrmann, gleichwie der Aspirant meiner Klinik, Dr. Rosenberg, bei Anfertigung der mikroskopischen Schnitte hilfreich zur Seite gestanden.

Es sei gleich hier hervorgehoben, dass bei der mikroskopischen Untersuchung der Vagina nicht jeder Befund an Rundzellen oder sonstigen anatomischen Veränderungen nothwendigerweise stets durch pathologische Verhältnisse bedingt sein müsse; es

können sich vielmehr in der Vaginalschleimhaut auch normaler Weise histologische Veränderungen ausbilden, wie solches namentlich durch Einwirkung folgender Momente beobachtet wird: So durch häufige Cohabitation, wiederholte Schwangerschaften, senile Processe. So finden wir bei Puellis publicis Anfangs Röthung und Schwellung der Schleimhaut unter Abstossung des Epithels und Bildung von punktförmigen und hirsekorngrossen Knötchen (Colpitis papulosa). Je länger diese Individuen ihrem Gewerbe angehören, desto mehr flachen sich die Schleimhautwülste ab, die Furchen werden seichter; die Schleimhaut erscheint blutarm, mattweiss und hat in Folge der Imbibition des hypertrophischen Epithels das Aussehen, als wäre sie mit concentrirter Carbollösung bestrichen, nach Art der Psoriasis mucosae oris. Dieser Befund lässt beinahe immer auf wiederholten geschlechtlichen Missbrauch einen Rückschluss ziehen.

Bezüglich der pathologischen Verhältnisse der Schleimhautwülste ist im Allgemeinen Folgendes hervorzuheben. Dieselben erleiden theils durch wiederholte Cohabitation, theils durch Krankheiten verschiedene Veränderungen. So werden dieselben an ihren Firsten scharfkantig, was, vielfach durch Einkerbungen unterbrochen, dem Wulste ein gesägtes Aussehen verleiht. Diese Einkerbungen finden sich auch unter normalen Verhältnissen, namentlich dicht unter dem Scheideneingange, woselbst die Kämme überhaupt am höchsten oder an den freien Rändern gekerbt sind. Die Fortsätze sind häufig die Anfänge zur späteren Bildung von spitzen Condylomen. Von der Vaginitis papulosa abgesehen, erleiden aber auch diese Wülste bezüglich ihres Umfanges beträchtliche Veränderungen, namentlich bei jugendlichen Individuen. Dieselben werden hypertrophisch, breiter, dicker, prominenter. In dem Masse, als sie an Volumen zunehmen, schwindet auch ihre parallele horizontale Richtung; sie sind mehr wellenförmig gegen die Columnen hingezogen.

Durch ihren geschlängelten Verlauf verleihen sie der Vagina ein mehr netzförmiges Aussehen, fassen, solange die Wülste hypertrophisch sind, tiefe Felder zwischen sich, und in dem Masse, als dieselben wieder kleiner werden, sich abflachen, sind diese Netze an der Peripherie mehr von gleichmässig abgeflachten Grenzlinien umfasst.

In jenen Fällen endlich, in denen das Epithel dichter gelagert ist, sind die Wülste, welche sonst hellroth erscheinen, an der Oberfläche mehr weiss, indem das Epithel, gelockert und durch Secrete imbibirt, diese Färbung annimmt. Die Wülste erleiden aber durch andere Processe manche Veränderungen; so sind dieselben bei weichen Geschwüren und bei Sklerosen vollständig untergegangen.

Interessant sind jene punktförmigen Epithelialverluste, unter denen der hyperämische Papillarkörper in Form umschriebener, rother, flacher Knötchen durchscheint, welche, wenn dieser Process ausgebreitet ist, der Vaginalschleimhaut ein getigertes Aussehen verleihen.

Oberländer (Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1888) hebt die Veränderungen der Carunculae myrtiformes bei Prostituirten hervor, welche häufig entzündet und hypertrophirt sind durch Fortpflanzung der gonorrhoischen Entzündung von Seite der Bartholini'schen Drüsen. Er betont die Pigmentflecke, die durch Abusus entstehen und bespricht auch consecutive narbige Veränderungen.

Während der Gravidität erscheinen auf der Schleimhaut hirsekorngrosse Knötchen auf gerötheten und geschwellten, leicht blutenden Kämmen. Mit der Zahl der abgelaufenen Schwangerschaften hört gewöhnlich die Bildung der Knötchen auf; die Schleimhaut wird mehr glatt, glänzend, verdünnt, die Falten verstrichen, die Oberfläche netzförmig, mit mehr weniger ausgebreiteter Exfoliation; in anderen Fällen wieder ist die Schleimhaut durch Varicositäten drusig-uneben; letztere bilden dicht gedrängte, hirsekorn- bis erbsengrosse bläulichrothe Geschwülste, die oft über die ganze Vaginalschleimhaut ausgebreitet sind. Weiters entstehen während der Schwangerschaft (selten ausserhalb derselben) nach übereinstimmenden Angaben der Gynäkologen, namentlich von C. Braun-Fernwald, Winckel, welch Letzterer zuerst die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, buckelartige Hervorragungen, die durch tiefe Furchen von einander getrennt sind. In diesen Buckeln finden sich cystöse Räume (Colpohyperplasia cystica, Winckel), welche Flüssigkeit und Gase enthalten können; letztere finden sich nach C. Ruge's Untersuchungen in den Spalten des Bindegewebes, nach Chiari in erweiterten Räumen des Lymphsystems, wahrscheinlich in den Lymphpapillaren, die mit gewucherten und theilweise in Riesenzellen umgewandelten Epithelien gefüllt sind.

Endlich gehört auch hieher die Colpitis senilis (Vaginitis ulcerosa adhaesiva), welche durch kleinzellige Infiltration einer-, durch verdünntes Plattenepithel und Ecchymosen andererseits bedingt ist.

Dieser Process führt oft zur Verklebung der einander gegen-

überliegenden Schleimhautstellen und hat die Vagina hiebei ein geflecktes Aussehen. Das Secret erscheint milchig-trübe und besteht aus Eiter- und Pflasterepithel. Die unteren zwei Drittheile der Vagina sind von dieser Affection verschont.

Schliesslich die Colpitis exfoliativa, bei welcher sich unter dysmenorrhoischen Beschwerden epitheliale Membranen ablösen mit gleichzeitigem Abgang dysmenorrhoischer Membranen aus dem Uterus.

Bei der Inversio vaginae endlich entsteht Epithelialhyperplasie mit Verhornung des Epithels, wobei die Schleimhaut sich lederartig anfühlt.[1])

Rhodius[2]) beschreibt einen Fall von Behaarung der ganzen Vagina.

Ausser den eben angeführten Veränderungen der Vaginalschleimhaut, hervorgegangen durch physiologische Vorgänge, kommen die pathologischen Processe in Betracht, vor Allem die Entzündung der Vaginalschleimhaut.

Die katarrhalische Entzündung wird allerdings von einzelnen Gynäkologen[3]) ganz in Abrede gestellt, weil die Schleimhaut in ihrer Structur mehr der äusseren Haut gleicht, kein secernirendes Organ ist und daher überhaupt nicht katarrhalisch zu erkranken vermag, folglich zunächst nur durch Uebergreifen der Entzündung von Seite des Uterus in Mitleidenschaft gezogen werde.

Es stellt somit der Vaginalschlauch nach dieser Ansicht mehr einen Abzugscanal dar, durch welchen Entzündungsproducte des Uterus nach aussen befördert werden, wobei die Vaginalschleimhaut nur während der Passage der abfliessenden Uterinalsecrete in Mitleidenschaft gezogen werde.

Ich muss sofort betonen, dass ein solch gefässreiches Gewebe, wie das der Vagina, das überdies häufig sein Epithel abstösst, und schon hiedurch einwirkenden Schädlichkeiten leicht

---

[1]) Siehe Klob, Patholog. Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane. 1869.

[2]) Miscell. Natural curios.

[3]) Siehe Schröder, Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. Leipzig 1887, pag. 69.

zugänglich ist, den entzündlichen Processen in gleicher Weise unterworfen sein muss, wie die äussere Haut, und wir können mit Recht von einer idiopathischen Entzündung der Scheidenschleimhaut sprechen. Diese Ansicht über die idiopathische Erkrankung der Vaginalschleimhaut wird überdies durch die Beobachtung gestützt, dass man oft hochgradige Colpitis bei virginalem Uterus findet, wobei auch der Cervicalcanal keine krankhafte Erscheinung darbietet.

Man unterscheidet:

1. Colpitis acuta diffusa.
2. Colpitis acuta granulosa.
3. Colpitis chronica diffusa.
4. Colpitis chronica granulosa.
5. Colpitis a graviditata.
6. Colpitis atrophica.
7. Colpitis senilis.
8. Colpitis aphthosa.
9. Colpitis miliaris.

Specielle mikroskopische Befunde einzelner untersuchter Fälle.

Acute Vaginitis.

1. N., 18 Jahre alt, mit eitrigem Ausfluss. Vaginalschleimhaut livid verfärbt, die Oberfläche derselben mit punktförmigen Efflorescenzen, welche der Schleimhaut ein sammtartiges Aussehen geben, besetzt.

Mikroskopischer Befund: Das Epithel stellenweise hervorgewölbt, die verhornten Zellen dicht aneinandergedrängt. Die Retezellen an einzelnen Präparaten normal, an anderen jedoch durch dichtgedrängte Zellwucherungen verdrängt, theilweise untergegangen und durch dieselben substituirt. Die Kernwucherungen finden sich zunächst um die unmittelbar unter dem Rete befindlichen Gefässnetze, gleichwie zerstreut in den oberen Lagen des Cutisgewebes. Die Gefässe blutreich. Der Papillarkörper allenthalben erhalten, geschwellt, verbreitert.

2. E. Sch., 20 Jahre alt, 15. März 1888. Vaginitis subacuta diffusa. Vaginalportion vergrössert, nach rückwärts gewendet, Orificium erodirt, glasigen Schleim abscheidend. Vaginalschleimhaut geröthet, gewulstet.

Mikroskopischer Befund: Verhornte Zellen, grosse cavernöse Räume um die Blutgefässe. Muskelzellen-Infiltration. Papillarkörper nur mässig entwickelt. Grosse, zusammengesetzte Papillen mit Wucherungen. Wucherungen auch um die Gefässe der Muscularis.

3. H. M., 23 Jahre alt, Magd. Vaginalportion virginal, Orificium oval, enthält einen zähen, grünlichen Eiterpfropf. Vaginalschleimhaut geröthet, Wülste verbreitert, leicht blutend, secernirt viel grünen, rahmigen Eiter. Vaginalblennorrhöe.

Mikroskopischer Befund: Papillen vergrössert, schmal, auf denselben zum Theil eine Schicht bandförmig geordneter Epithelzellen. Dichtgedrängte Zellwucherungen im Cutisgewebe, welche abgesonderte Inseln bilden, namentlich in den oberen Theilen. Blutgefässe erweitert. Das Stratum vasculare besonders stark infiltrirt.

Vaginitis papulosa acuta.

1. R. H. Vaginalfalten vertieft. Wülste scharfkantig, auf denselben einzelstehende, dunkelrothe Knötchen von Hirsekorngrösse, welche leicht bluten.

Mikroskopischer Befund: Epithel erhalten, die oberen Lagen desselben verhornt; die Retezapfen ragen tief ins Cutisgewebe hinein, entsprechend den vergrösserten Papillen. In letzteren dichtgedrängte Rundzellen, welche gleichwie in den tieferen Lagen der Cutis das Gewebe der letzteren ganz verdecken. Blutgefässe weit, mit Blut gefüllt. An einzelnen Stellen erstrecken sich die Zellwucherungen soweit ins Rete, dass sie dasselbe verdrängen.

2. W. T., 22 Jahre alt, 12. October 1888. Spitze Condylome. Vaginalportion virginal. Vaginalschleimhaut intensiv geröthet, Falten deutlich sichtbar. Blennorrhöe.

Mikroskopischer Befund: Die Papillen vorhanden. Zellwucherungen, welche im ganzen Gewebe der Vagina dichtgedrängt vorkommen, reichen auch hier bis zur Spitze derselben und finden sich namentlich rings um die zapfenförmigen Verlängerungen des Rete zahlreiche Durchschnitte von Blutgefässen, letztere mit geronnenem Blute erfüllt.

3. Sch. J., 18 Jahre alt, Magd. — Vaginalblennorrhöe mit Urethritis. Vaginalportion vergrössert, geröthet; Erosionen rings um das Orificium. Dasselbe ist rund und zeigt einen Eiterpfropf. Vaginalschleimhaut und Vulva geröthet, Wülste verbreitert; auf der Höhe der Falten sitzen leicht blutende Knötchen.

Mikroskopischer Befund: Den Knötchen entsprechen Hervorwölbungen des Papillarkörpers, entstanden durch dichtgedrängte Wucherungen, welche in das Epithel hinaufreichen, so dass dasselbe theilweise verdrängt erscheint und die Wucherungen frei zu Tage liegen; letztere sind auch in Inselform vorhanden, an anderen Stellen dagegen löst sich das Epithel in Form von kleinen Lamellen ab; das Rete Malpighii ist erhalten, und erscheinen die umschriebenen Wucherungen mehr in der Tiefe des Cutisgewebes. Blutgefässe erweitert, blutreich, gehen tief hinauf bis in die vergrösserten und erweiterten Papillen, was wohl genügender Erklärungsgrund ist, dass diese von Epithel entblössten Knötchen so leicht bluten.

Die umschriebenen Wucherungen sind schon mit freiem Auge dicht unter dem Epithel zu sehen.

Vaginitis papulosa chronica.

1. B. J., 18 Jahre alt, 5. October 1888. Vaginalportion klein, virginal, es entleert sich aus derselben glasiger Schleim. Vaginalschleimhaut mässig geröthet, Falten stärker ausgebildet. Im oberen Drittel der Vagina einzeln stehende, hirsekorngrosse, dunkelrothe Knötchen.

Entsprechend dem Knötchen eine hervorragende Papille, welche von Zellen erfüllt ist (b) und in welche die Bindegewebsbündel senkrecht eintreten und in ihrem oberen Theile vollständig von Kernen bedeckt sind. Bei näherer Betrachtung sieht man, dass in dieser grossen Papille seitenständig mehrere kleine enthalten sind, welche den Contouren der grossen Papille ein mehr buchtiges Aussehen verleihen. Während die genannten Kerne nur durch eine horizontal gelagerte Schicht von Epithel nach aussen begrenzt sind, zeigen die kleinen Papillen das Rete deutlich erhalten.

Das Bindegewebe ist proliferirend, die Blutgefässe sind erweitert.

2. F. A., 30 Jahre alt, 4. April 1888. Vaginalschleimhaut blass, Falten tief, Wülste hoch, auf denselben zahlreiche hirsekorngrosse Wucherungen. Hornschicht verdickt, Falten, die mit verhornten Zellen ausgefüllt sind, Rete Malpighii allenthalben erhalten; Papillen vergrössert, zahlreiche zusammengesetzte Papillen. Da, wo in denselben Anhäufungen von Rundzellen sind, ist das Epithel mehr verdünnt. Unter der unteren Schicht des Rete, entsprechend den Blutgefässen dichte Lagen von Rundzellen; Blutgefässe verschmälert. Muskelbündel zeigen zahlreiche Wucherungen. Es finden sich in der Tiefe Schwellkörperräume in geringer Zahl, die von Endothelzellen ausgekleidet sind.

3. M. M., 24 Jahre alt, 7. Mai 1888. Blennorrhoea vaginae. Vaginalportion virginal, Orificium punktirt. Vaginalschleimhaut gelockert, ödematös, von froschlaichartigen, durchscheinenden Knötchen besetzt, welche sich bis zu dem Fornix hin erstrecken.

Mikroskopischer Befund: Tiefe Hautfalten, welche mit ganz verhornten Zellen ausgefüllt sind. An der Oberfläche des Schnittes blättert sich das Epithel ab; Papillen vergrössert, das Cutisgewebe mit Rundzellen infiltrirt. Namentlich im Papillarkörper dichte Haufen von Rundzellen. Blutgefässe zeigen geschlängelten Verlauf, blutreich, namentlich in der Muskelschicht, bilden in der oberen Schicht ganze Varicositäten, die in die vergrösserten Papillen eindringen und dieselben ganz ausfüllen, demnach das Bild eines Corpus cavernosum. Solche finden sich in noch grösserem Masse in den oberen Cutislagen.

In dem Papillarkörper reichen die Wucherungen so weit nach oben, dass sie das Rete ganz verdrängt haben und von der Oberfläche nur durch eine dünne verhornte Schicht getrennt sind. An einzelnen Präparaten (p)

lässt sich auch an den Gefässen der Muscularis Bindegewebswucherung nachweisen.

4. M. M., 18 Jahre alt, ledig. 28. April 1888. Vaginalportion virginal. Vaginalschleimhaut gewulstet, geröthet, von hanfkorngrossen dichtstehenden, gerötheten Knötchen bedeckt.

Breite Schichten der verhornten Zellen, grosse Papillen, die dicht infiltrirt sind; Blutgefässe sehr weit. Infiltration geht tief in das Cutisgewebe.

5. P., 19 Jahre alt. Der Schwellkörper im Cutisgewebe ganz beträchtlich entwickelt, so dass grosse Hohlräume vorhanden sind. Das Epithel rarificirt, abgeflacht. Der Papillarkörper geschrumpft. Die Wucherungen vorwiegend im oberen Theile des Cutisgewebes.

6. M. M. Vaginitis papulosa. Vaginalportion vergrössert, Orificium queroval, etwas excoriirt. Vaginalschleimhaut zeigt in regelmässigen Abständen dunkelrothe, hirsekorngrosse Knötchen, welche der Schleimhaut ein gesprenkeltes Aussehen verleihen. Im mittleren Drittel der Vagina sind sie am stärksten entwickelt, im unteren Drittel blassroth, opalartig glänzend. Einzelne heben sich von der Basis mehr ab und ragen in Form spitzer Condylome vor.

Verhornte Zellen bilden eine breite Schicht mit horizontal gelagerten Kernen. Die Reteschicht an zahlreichen Stellen normal erhalten, an anderen ganz geschwunden bis auf die hier quer gelagerten Basalzellen. An solchen Stellen ist auch das Cutisgewebe mit dicht aneinandergedrängten, abgerundeten Kernen erfüllt, welche einerseits die verhornten Zellen in Form von Knötchen emportreiben, andererseits das Rete zum Schwinden gebracht haben und aus dichtgedrängten, scheibenförmig angeordneten Wucherungen bestehen, so dass sie die Form von adenoidem Gewebe oder Follikeln haben. Papillarkörper ist allenthalben nahezu in gleicher Flucht mit der Epidermis vorhanden, zerstreut finden sich auch im Cutisgewebe Kernwucherungen. Die Blutgefässe in den oberen und unteren Cutislagen erweitert, zeigen geschlängelten Verlauf. Die glatte Muskelschicht allenthalben erhalten, mässig entwickelt und scheint dieselbe überhaupt bei verschiedenen Individuen verschieden stark entwickelt zu sein, ohne pathologische Veränderungen.

7. K. S., Handarbeiterin, 22 Jahre alt. Vor 6 Wochen Abortus. Fötus war ein sechsmonatlicher. Vaginalportion vergrössert. Orificium querspaltig, enthält einen grünen Eiterpfropf. Vaginalschleimhaut blass, Falten verstrichen, an vielen Stellen mit punktförmigen Körnchen gleich Milien besetzt.

Normaler Papillarkörper mit wuchernden Zellen: verhornte Zellen und breites Rete Malpighii. Verbreiterte Blutgefässe. Wucherungen in den oberen Lagen, die tieferen sind in den Schnitt nicht einbezogen.

Atrophische Vagina.

1. U. J., 49 Jahre alt, 10. October 1888. Gummata cutanea an der linken Schulter und am rechten Ellbogen. Vaginalportion atrophisch, ebenso die Vaginalschleimhaut. Die Falten ausgeglichen, gleichmässig abgeflacht, mattweiss, stellenweise blass geröthet.

Die Epithellage verbreitert und zwar sowohl die horizontal gelagerte als auch die Reteschicht. Das Cutisgewebe aus dichtgewebtem Bindegewebe bestehend, ohne Zellwucherungen. Die Blutgefässe comprimirt, stellenweise noch mit Blut gefüllt.

Es zeigt sich auch hier wie in anderen Schnitten, da wo die cylinderförmigen Zellen des Rete aufhören, eine Schichte von dichten Wucherungen der obersten Lage der Cutis.

Die Epidermiszellen verhornt, wie an der äusseren Haut. Die eigentlichen Retezellen rareficirt, nirgends breite oder tiefe Zapfen zu sehen. Die Papillarschicht in nahezu gleicher Flucht mit der Epidermis. Die Blutgefässe, nahezu parallel von unten nach oben verlaufend, bilden arkadenförmige Bögen weit von der Epidermisschicht abstehend, sind verschmälert in ihren Wandungen, mit Rundzellen versehen, folgen mehr den Bindegewebszügen, welche zum Unterschiede von normalem Bau und normaler Anordnung mehr senkrecht verlaufende Bündel bilden. In den unteren Lagen sind die Gefässe blutreich. Durchschnitte von Lymphgefässen nirgends zu sehen.

2. S. M., 43 Jahre alt, Köchin. Pruritus cutaneus ex morbo Brightii cum consecutivo ecthymate.

Vaginalschleimhaut prolabirt, glatt, die Gefässe als longitudinale Streifen durchscheinend, das Epithel an einzelnen Stellen fehlend. Dicke Schicht verhornter Zellen; Stachelzellen schon entwickelt.

Mikroskopischer Befund: Das Epithel fehlend, das Cutisgewebe in Folge dessen freiliegend; dasselbe ist von zahlreichen, mehr spindelförmigen Zellen infiltrirt, welche sich auch um die Blutgefässe gruppiren. Die interpapilläre Reteschicht vermehrt. Die Fasern des Cutisgewebes selbst weniger verfilzt, mehr feinkörnig getrübt. Das Epithel in breiten Bändern aufgelagert und erstreckt sich die Verhornung intrapapillar zwischen die Basis der Papillen. Die Wucherungen finden sich dicht gedrängt im Stratum vasculare und wechseln schmälere Gefässe mit breiteren vielfach ab.

3. M. A., 22 Jahre alt, 11. Juni 1888. Vaginalportion schlaff, anämisch, Orificium querspaltig. Vaginalschleimhaut auffallend anämisch. Atrophische Falten verstrichen, milchweisses Secret.

Ein dem vorigen gleicher Fall mit dichtgelagerten, verhornten Zellen, die das Gepräge der äusseren Haut haben. Während die Gefässe in den oberen Lagen atrophisch sind, sind sie unten blutreich.

4. H. K., 42 Jahre alt. Hat sechsmal geboren. Vaginalschleimhaut abgeblasst, Falten nahezu verstrichen.

Mikroskopischer Befund: Papillarkörper ganz abgeflacht; verhornte Schicht verbreitert, Retezellen erhalten. Im oberen Theile des Papillarkörpers Zellwucherungen, welche mehr spindelförmig gestaltet sind, Bindegewebskörperchen vermehrt; Gefässe atrophisch, stellenweise ausgedehnt, geschlängelt angeordnete Kernwucherungen in der Peripherie. Das Bindegewebe der Cutis fein gefasert. Die Muskelschicht in dem tieferen Gewebe ohne pathologische Veränderungen.

5. K. T., 56 Jahre alt. Carcinoma perinei. Vaginalschleimhaut blass, starr, infiltrirt, besonders die hintere Vaginalwand, deren Falten ganz ausgeglichen sind. Die Falten an der vorderen Wand sind flach. Es lässt sich in der Vagina keine Schleimhautfalte aufheben. Epithel verhornt, breit, Papillen sehr gross, Stachelzellen sehr deutlich zu sehen, die Epidermis vielfach gefaltet.

6. C. M., 19 Jahre alt, gravid im achten Monate.

Vaginalschleimhaut bläulichroth, in den unteren Theilen mit Varicositäten besetzt. Falten deutlich ausgeprägt. Die Wülste verdünnt, an ihrem Firste scharfkantig, woselbst das Epithel in Form von unebenen, mit gesägtem Rande versehenen Membranen sich ablöst. An der Basis dieser Falten sind hirsekorngrosse, bläulichrothe Geschwülste, welche beim Einführen des Speculum grosse Mengen von Blut ergiessen.

Mikroskopischer Befund: Das Epithel löst sich in Form von Lamellen und zusammengehäuften Klumpen ab; ebenso findet man dasselbe in Form von trockenen Massen in den Falten der Schleimhaut eingelagert. In gleicher Weise ist dasselbe zu verfolgen in den Schichten der polyedrischen Zellen bis zu den Basalzellen hinab. Die Zellen tragen den Charakter der Verhornung, ihre Kerne sind in den unteren Lagen polyedrisch, oft noch rundlich, succulent, in den oberen Lagen sind dieselben geschrumpft, vieleckig oder platt. Die horizontal gelagerten Zellen bilden deutlich abgegrenzte Streifen und Schichten. Papillen vergrössert, im eigentlichen Cutisgewebe theils abgerundete, theils spindelige Kleinzellen.

Wir wollen zunächst die einzelnen Formen von Colpitis, deren klinische Merkmale in ihren grösseren Umrissen als hinlänglich bekannt voraussetzend, in ihren histologischen Bildern hier vorführen.

I. Colpitis acuta diffusa.

Die klinischen Veränderungen sind hier folgende: die Schleimhaut dunkel geröthet, geschwellt, leicht blutend, mit punktfömigen Efflorescenzen besetzt, welche derselben ein sammtartiges Aussehen verleihen. Hochgradige Blennorrhöe begleitet diese Form ausnahmslos. (Taf. VII, Fig. 1 und 2.)

Die anatomischen Befunde gipfeln in Folgendem: Die Epi-

thellage ist je nach dem Grade der Entzündung bald breiter (c), bald mit der Zunahme der Wucherungen in der Cutis schmäler, rareficirt; in letzterem Falle ist dieselbe hervorgewölbt, namentlich an solchen Partien, an denen die Papillen geschwellt, vergrössert und verbreitert sind; an anderen Stellen wieder ist das Epithel eingesenkt, entsprechend der Tiefe der Falten vermehrt (b), proliferirend.

Man findet überdies die Rundzellen, welche auch hier, wie bei allen Entzündungen vorwiegend längs der Gefässwandungen sich anhäufen, zunächst an dem unter dem Rete befindlichen Gefässnetze der Cutis und stellenweise sind die Wucherungen so dicht gedrängt, dass sie nicht nur das normale Cutisgewebe vollständig substituiren (dd) sondern auch nach aussen weit vordringen, dass sie das Rete Malpighii verdrängen, dasselbe substituiren und sammt den Gefässen frei zu liegen kommen, daher auch bei der leisesten Berührung, z. B. durch Einführen eines Speculum die Stellen bluten. Die Blutgefässe sind erweitert (Fig. 2 d_1) und finden sich zahlreiche Durchschnitte von cavernösen Räumen auch in den oberen Cutislagen; ebenso zeigen sich die glatten Muskeln an den sie umspinnenden Gefässen von Rundzellen eingeschlossen.

Bei der acuten gonorrhoischen Entzündung sind die histologischen Veränderungen dieselben und sind die Entzündungsproducte ausgebreiteter und erfüllen selbst das ganze Cutisgewebe, nur der Befund von Gonococcen im Eiter und seltener in Epithelzellen lässt den Unterschied erkennen. Die Weite der Gefässe mit ihrer Blutüberfüllung, die Weite der cavernösen Räume ist für diese immerhin mehr intensive Form der Entzündung besonders beachtenswerth.

II. Colpitis chronica. (Taf. VIII, Fig. 3 und Taf. XI, Fig. 7.)

Hier finden sich zunächst entsprechend den Falten der Schleimhaut zahlreiche Einsenkungen (aa) und dem entsprechend Hervorwölbungen (b) in der verdickten und verhornten Epithelialschicht. Die oberen Lagen des Epithels bilden bandartige Streifen von verhornten Zellen, in denen die Kerne meist schon geschwunden und die noch vorhandenen ganz geschrumpft (b_1), horizontal gelagert sind

und unterscheidet sich in keiner Weise von der schwielenförmigen Verdickung der Hornschicht der äusseren Haut. Die oberen Lagen des Rete sind rareficirt. Interpapillär bilden dieselben dichte Lagen von in die Tiefe ragenden zapfenförmigen Fortsätzen, in denen die Stachelzellen besonders entwickelt sind, was demnach auf Hyperplasie derselben hindeutet. Die Papillen vergrössert (*cc*), zumeist entsprechen mehrere Papillen einem Knötchen. Die Rundzellen in der Cutis bilden theils umschriebene Herde, die stellenweise scheiben- und kreisförmig angeordnet sind, theils Infiltrate längs der Gefässwand (Taf. XI, Fig. 7) und sind stellenweise bereits spindelförmig in die Länge gezogen. Das Cutisgewebe selbst hat im Breitendurchmesser in hohem Grade proliferirend (Taf. XI, Fig. 7) zugenommen. Die Wucherungen finden sich stellenweise sowohl in den längs- als auch querverlaufenden glatten Muskeln. (Taf. VIII, Fig. 3.)

III. Colpitis papulosa acuta. (Taf. IX, Fig. 4 und Taf. X.)

Hier sind zunächst die Vaginalfalten vertieft, die Wülste scharfkantig, geschwellt (*a*), auf denselben sitzen dunkelrothe, meist hirsekorngrosse, leicht blutende Knötchen.

Histologisch finden sich folgende Veränderungen: Die Papillen (*b*) vergrössert, die Gefässschlingen erweitert, von dicht gedrängten Rundzellen infiltrirt, welche letztere das Cutisgewebe stellenweise geradezu substituiren, gleichwie sie das Rete Malpighii verdrängen, wobei die Wucherungen frei zu Tage liegen. Die Blutgefässe (*c*) erweitert, blutreich, nehmen ihren Verlauf als weite, häufig geschlängelte Schläuche (*d*) bis in die Papillen. Die Wucherungen sind bisweilen an mikroskopischen Durchschnitten schon mit freiem Auge zu sehen, und zwar als umschriebene Herde und dürften Veranlassung zur Verwechslung mit adenoiden Geweben gegeben haben. (Taf. X, Fig. 5.)

Den Knötchen entsprechend finden sich stellenweise zusammengesetzte Papillen (Taf. IX *b*), welche an ihrer höchsten Kuppe derart infiltrirt sind, dass sie nur noch mit einer dünnen Lage von verhornten Zellen bei vollständigem Schwund des Rete von aussen getrennt, während lateral die Retezellen und die Plattenzellschicht in normaler Weise erhalten sind.

In den tieferen Cutislagen und den glatten Muskelfasern

findet sich gleichfalls Rundzelleninfiltration (Taf. IX, *f*). Je weiter die Vaginitis papulosa vorgeschritten, namentlich je länger dieselbe gedauert, desto vorgeschrittener sind auch die hier beschriebenen Veränderungen und es bildet sich jene Form, die wir als

IV. Colpitis papulosa chronica (Taf. X, Fig. 5 und 6) bezeichnen.

Die Knötchen zeigen bei dieser Form (Fig. 6) die gleichen histologischen Veränderungen, wie bei der acuten, demnach ist die Epithellage auch hier verdünnt (*a*), so dass die Rundzellen schon bei leichter Berührung frei zu Tage treten. Papillen vergrössert, zahlreiche zusammengesetzte Papillen (*b*); die Blutgefässe erweitert, die unteren Cutislagen von erweiterten blutreichen Gefässen durchzogen (*dd*); als abweichend von der acuten Form muss betont werden, dass auch die tiefen Lagen der Cutis in hohem Grade proliferiren.

Die Gefässe bilden in einzelnen Fällen auch an der oberen Cutisschicht beträchtliche cavernöse Räume, welche sich bis in die vergrösserten Papillen erstrecken (Fig. 6 *c*), dieselben ganz ausfüllen; cavernöse Räume finden sich auch in den unteren Lagen der Cutis.

Es ist bisher noch eine strittige Frage, welcher anatomische Process der Entstehung der Knötchen zu Grunde liegt, trotzdem dieselben bei den meisten Erkrankungen der Vagina nahezu das vorwiegendste Symptom bilden. Sie kommen sowohl bei der acuten als auch bei der chronischen Vaginitis vor, werden gewöhnlich mit dem Ablauf der Entzündung regress, persistiren jedoch bisweilen, sind verschieden gross, bilden punktförmige bis hirsekorn- und schrotkorngrosse Efflorescenzen, deren Epithel sich häufig ablöst, wobei dieselben als fleischrothe, warzenartig sich scharf abgrenzende Knötchen erscheinen, sitzen vorwiegend an den Firsten der Schleimhautwülste, theils disseminirt, theils dichtgedrängt, sind von dunkelrother Farbe und von rothem Hof umgeben oder mehr mattweiss gefärbt und haben dann ein mehr sago- oder froschlaichartiges Aussehen von weicher Consistenz.

Da die Bildung der Knötchen von einzelnen Autoren mit Follikeln der Vaginalschleimhaut in Verbindung gebracht wird, müssen wir zur Erläuterung dieser Frage einige Bemerkungen

voranschicken. Bezüglich des Vorkommens der Drüsen an der Vaginalschleimhaut variiren die Angaben.

Schon Malpighi (1681) leugnet das Vorkommen von Vaginaldrüsen. Nach O. Heining[1]) hat die Vagina drüsige Einsenkungen; Napier[2]) beschreibt zweierlei Drüsen, oberflächliche und tiefere ohne Ausführungsgang. Nach Luschka[3]) ist die Schleimhaut an Drüsen arm; doch im Fornix und am Scheideneingange. Langer, Klebs fanden keine. Birch-Hirschfeld[4]) sahen wohl keine secernirenden Drüsen, wohl aber Follikel. Eppinger,[5]) Eustache,[6]) Ruge,[7]) Preuschen[8]) beschrieben Drüsen. Veith[9]) hat dreissig Vagina untersucht, wohl keine Drüsen gefunden, sah jedoch Epithelumstülpungen mit schmälerem Halstheil und breitem unteren Endtheil (Krypten), die durch zwei sich gegen einander neigende Papeln, deren Spitzen durch eine Brücke von Seiten der obersten Epithelschichte gebildet, verbunden sind. In der Mitte ein Lumen von 0·036 Mm. Dass diese Gebilde, ohne selbst Drüsen zu sein, unter Umständen Functionen übernehmen können, die einer Drüse zukommen, indem in dem Lumen angesammeltes Transsudat und abgestossene Epithelien durch irgend welchen zufälligen Druck nach aussen befördert werden können, will Veith durchaus nicht geleugnet haben, ebensowenig auch, dass sich aus diesen Krypten kleine, quasi Retentionscysten bilden können. Der Vaginalschlauch ist somit drüsenlos, ausnahmsweise fanden sie sich dennoch.

Drüsen in der Vagina wurden überdies bereits von Haller[10]) beschrieben (Mandl-Haller'sche Flecke). Nach Henle[11]) besitzt

---

[1]) Medic. and Surg. Journ. 1831.

[2]) Mémoires de la Société de chirurg. Paris 1847.

[3]) Anatomie des menschlichen Beckens. 1864.

[4]) Lehrbuch der path. Anatomie.

[5]) Zeitschr. für Heilkunde.

[6]) Archiv de Toxologie, Prag, April 1878, Bd. 1.

[7]) l. c.

[8]) Centralbl. f. med. Wissensch.

[9]) Virchow's Archiv, Bd. 11, 7. Heft, 1874.

[10]) Elem. phys. corp. hum., tom. VI, Lib. XXVIII, Sect. I., cit. bei Mandl, Zur Anatomie der Scheide.

[11]) Eingeweidelehre, pag. 455, 1866.

die Vaginalschleimhaut nur ausnahmsweise Follikel, ebenso nach Hyrtl.[1]) Henle schildert einen Fall von reichlicher Bildung von den solitären Drüsen des Darmes ähnlichen conglomerirten Drüsen in der Vagina eines achtzehnjährigen Mädchens; auch Löwenstein[2]) bestätigt die Uebereinstimmung dieser Follikel mit den solitären Drüsen des Dünndarmes.

Nach Toldt[3]) beobachtet man nicht selten circumscripte, follikelähnliche Einlagerungen adenoiden Gewebes in der Vagina, jedoch in äusserst schwankender Zahl und Verbreitung. Während sie bei manchen Personen zu fehlen scheinen, findet man sie in der Regel ganz vereinzelt in den verschiedenen Bezirken der Schleimhaut vertheilt.

Nach Chiari[4]) sind die Follikel schon mit freiem Auge als kleine, graue Pünktchen in dem oberen Abschnitt der Vagina, namentlich an der hinteren Wand sichtbar.

Mir ist es bisher nicht gelungen, trotz der vielen Durchschnitte die ich gemacht, drüsenähnliche Gebilde in der Vaginalschleimhaut zu finden.

Gestützt auf dem normalen Vorkommen der Schleimdrüsen, bringen einzelne Autoren auch die pathologischen Befunde der Vaginalschleimhaut mit denselben in Verbindung. So bezeichnet Breisky[5]) die papilläre Vaginitis geradezu als folliculäre Vaginitis, zwar nicht auf Grundlage selbstständiger Untersuchungen, sondern nach den Angaben anderer Autoren, welche die circumscripten kleinzelligen Anhäufungen im oberen Schleimhautgewebe als Lymphfollikel auffassen.

Nach Winckel[6]) vermehrt sich bei chronischem Vaginalkatarrh die adenoide Substanz, daher man solche Entzündungen als Colpitis follicularis bezeichnen soll.

---

[1]) Lehrb. der Anatomie, 20. Aufl., pag. 829.

[2]) Die Lymphfollikel der Schleimhaut der Vagina, Zeitschr. f. med. Wissensch. 1872, Nr. 237.

[3]) Lehrbuch der Gewebelehre, II. Aufl. 1884, pag. 546.

[4]) Zeitschrift für Heilkunde, VI. Bd. 1885, pag. 99.

[5]) Handbuch der Frauenkrankheiten. Billroth-Lücke. III. Band.

[6]) Die Pathologie der weiblichen Sexualorgane, Leipzig 1878, citirt bei Ruge, Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie, IV. Bd., pag. 133.

Den wahren Follikeln ähnliche Gebilde schildert Eppinger[1]) bei der Colpitis granulosa, miliaris et herpetiformis, bei denen überdies umschriebene epitheliale Entzündungsherde vorkommen. Diese adenoiden Substanzen, welche man beim Katarrh der Vaginalschleimhaut findet, scheinen nach Chiari[2]) dieselben Bildungen zu sein, wie er sie in der Schleimhaut der Harnröhre gefunden hat. Oft trugen sie in der Mitte einen kleinen, punktförmigen Substanzverlust, durch den man eine Schweinsborste eine kurze Strecke weit in die Vaginalwand einführen konnte. Die punktförmigen Oeffnungen in den Follikeln waren die Eröffnungsstellen der ektatischen Lymphräume. Solche punktförmige Einmündungen konnte ich noch öfter, vorwiegend an den Columnen älterer Individuen beobachten, ohne deren Zusammenhang mit Follikeln constatiren zu können.

Rokitansky, Bois de Loury, Kiwisch halten das Knötchen der Vaginitis granulosa für Papillarveränderungen.

Nach J. Heitzmann[3]) und Thomas sind dieselben ektasirte Drüsenschläuche und erweiterte Ausführungsgänge. M. v. Zeissl sagt, dass das Genannte auf Schwellung der Vaginafollikel beruhe. Die richtige Erklärung hat unter allen Autoren doch zunächst Ruge[4]) gegeben. Nach diesem Autor verdickt sich bei der granulösen Form das gesammte Epithelstratum hauptsächlich durch Wucherung der tieferen Schichten desselben. Die Papillen werden grösser und höher. Unter dem Epithel bilden sich in oft umschriebenen Herden Anhäufungen kleinzelliger Elemente, welche sich zwischen den gerade aufsteigenden Gefässen infiltriren. Dadurch entsteht das Bild gerade zur Oberfläche aufsteigender Drüsen und wird adenoider Charakter vorgetäuscht.

Wie aus meinen Untersuchungen hervorgeht und ich später noch näher erörtern werde, sind es nicht Follikel, sondern umschriebene Wucherungen in der Cutis und zwar ver-

---

[1]) Zeitschr. f. Heilkunde, Prag 1882, III. Bd., pag. 153.

[2]) Wiener med. Jahrbücher 1881.

[3]) Spiegelbilder der gesunden und kranken Vaginalportion und Vagina. Wien 1888.

[4]) Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie, IV. Bd., pag. 133.

grösserte Papillen, welche die Knötchen der Vaginitis papulosa erzeugen.

V. Colpitis atrophica. (Taf. XI, Fig. 8.)

Die klinischen Erscheinungen sind folgende: Die Wülste geschwunden, die Falten verstrichen, daher die Oberfläche der Schleimhaut abgeflacht, nur stellenweise von erweiterten Blutgefässen durchsetzt, anämisch, mattweiss glänzend, wie mit Sehnenflecken besetzt erscheint. Die Secretion ist gering. Die Vagina schrumpft in der Länge und in der Weite.

Die histologischen Veränderungen ergeben: Die Hornschicht (*a*) verbreitert, bildet bandartige Streifen von horizontal gelagerten, abgeplatteten Zellen; Retezellenschicht verschmälert (*b*); wo die cylinderförmigen Zellen aufhören, findet sich eine dichte Lage Rundzellen an der Cutisgrenze (*c*); das Cutisgewebe geschrumpft, aus dicht verfilztem Bindegewebe (*d*) und einzelnen Bindegewebskörperchen ohne Zellwucherung bestehend, in welchem die elastischen Fasern mehr in den Vordergrund treten. Die Blutgefässe comprimirt (*e*); stellenweise von der Tiefe gegen die Oberfläche parallel verlaufend, bilden sie arkadenförmige Bogen, sind verschmälert, in ihren Wandungen verdünnt, von Rundzellen infiltrirt; stellenweise sind dieselben derart verengt, dass ihr Lumen ganz geschwunden ist und nur mehr Wucherungen in Form von grossen Zügen bestehen.

Während die Gefässe in den oberen Lagen atrophisch sind, sind sie in den tieferen verbreitert, die Papillarschicht fast in gleicher Flucht verlaufend mit dem Epithel.

Diese Veränderungen finden sich bei der atrophischen Vagina von Individuen, deren Alter noch nicht weit vorgeschritten ist. Vergleicht man hiemit die senilen Veränderungen, wie ich selbe in der Vagina einer dreiundachtzigjährigen Greisin gefunden, so ergibt sich Folgendes:

VI. Colpitis senilis. (Taf. XII und XIII, Fig. 9 und 10.)

Es zeigen sich hiebei die Papillarkörper abgeflacht (*a*), das Rete Malpighii rareficirt; das Epithel (*b*) bildet nach aussen bandartige Streifen, von denen sich schuppenartig die Plattenzellen

ablösen. Die Blutgefässe in den oberen Cutislagen erweitert (*c*), stellenweise geschlängelt verlaufend, blutreich; das Bindegewebe der Cutis wellenförmig verlaufend (*d*), stellenweise mit Rundzellen dicht infiltrirt, das Bindegewebe geschrumpft, die ganze Cutislage verkürzt, wodurch die Musculatur mehr in die Höhe gerückt erscheint; auch letztere zeigen einen mehr wellenförmigen Verlauf, die Kerne stellenweise geschrumpft (*e*), stellenweise ganz geschwunden, wobei einzelne Muskelfibrillen breiter und dicker erscheinen.

VII. Veränderungen in Folge der Gravidität.

Veränderungen in Folge von Schwangerschaft. (Taf. XIV und XV, Fig. 11 und 12.)

Klinisch bietet die Vaginalschleimhaut die bekannten Veränderungen dar:

Dieselbe ist dunkel- oder bläulichroth gefärbt, häufig mit Knötchen (Vaginitis papulosa) oder mit traubenförmig angeordneten Varicositäten besetzt; die Falten tief, die Wülste geschwellt, jedoch an ihrem Firste scharfkantig, woselbst das Epithel oft in Form von unebenen, mit gesägtem Rande versehenen Membranen sich ablöst. Das leichte Bluten beim Einführen des Speculum oder schon bei leiser Berührung, findet in diesem Befund hinreichende Erklärung. Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man abgelöstes Epithel in Form von Lamellen oder zusammengeballten Klümpchen (Fig. 11 u. 12 *a*), welches stellenweise auch in den Falten der Schleimhaut eingelagert ist (a_1). Die Zellen tragen den Charakter der Verhornung, sind in den unteren Lagen noch abgerundet (Fig. 12 *b*), succulent, in den oberen Lagen bereits geschrumpft, vieleckig oder glatt; die Papillen vergrössert (Taf. XIV, Fig. 11 *c*). Im eigentlichen Cutisgewebe spindelförmige Wucherungen (*c*). Die untere Hälfte (Fig. 12 *d*) der Schleimhaut von der Muskelschicht nach unten, vom Stratum vasculosum nach oben begrenzt, zeigt weitere Räume, welche vielfach gestaltet, zahlreiche Buchten bilden, in deren Lumen meist cubisch gestaltete Fortsätze hineinragen. Die Begrenzung dieser Räume wird allenthalben durch Gefässmembranen gebildet und hat in Folge dessen das Ganze die Configuration des Corpus cavernosum. Ueberdies kommen auch in den oberen Lagen zahlreiche Durchschnitte von erweiterten Blutgefässen vor.

VIII. Colpitis aphthosa. (Taf. XVI.)

Die aphthöse Erkrankung der Mundschleimhaut, zumal im kindlichen Alter, ist eine solch häufige Affection, dass es wohl kein besonderes Interesse bieten könnte, hierüber weitläufige Erörterungen pflegen zu wollen; es müsste denn die Aetiologie der Krankheit, zumal deren bacterielle Natur oder die histologischen Befunde derselben neue Gesichtspunkte eröffnen. Eine Affection, wie wir sie in unserem Falle vorführen, dürfte bezüglich ihrer Localisation und ihrer Intensität wohl einzig in der Literatur sein, weshalb es nicht ohne Interesse ist, dieselbe näher zu beleuchten.

Am 26. Februar 1889 wurde die in Oberösterreich gebürtige, 26 Jahre alte Magd R. T. in meine Klinik mit einer Krankheitsdauer von 8 Tagen aufgenommen. Bei dem sonst gut genährten, kräftigen Mädchen zeigte sich der nach aussen gekehrte Theil der Schleimhaut der Oberlippen mit fest anhaftenden, schmutzigbraun gefärbten Borken bedeckt. An der Innenfläche der Ober- und Unterlippe fehlte das Epithel, ebenso am Gaumensegel. Die Schleimhaut geröthet, Gefässe injicirt. Punktförmige, hirsekorngrosse, lichtgelb gefärbte Knötchen finden sich hier in zahlreicher Menge am Zungenrande, an der Schleimhaut des weichen Gaumens, an den Tonsillen und der Uvula.

Die Innenfläche der kleinen Labien gleichwie der Vulva gewulstet, mit zahlreichen, theils punktförmigen, theils linsenförmigen, mattgelb gefärbten Membranen bedeckt, welche stellenweise in der Peripherie bereits abgelöst, im Centrum jedoch anhaften. Die Schleimhaut der Vagina bietet, namentlich an ihrer vorderen Fläche, den Columnen, theils punktförmige, miliare, mattweiss gefärbte, gewulstete Knötchen, theils linsengrosse, diphtheritisch belegte, zum Theil einzeln stehende, meist jedoch confluirende Membranen und endlich auch solche Partien dar, an denen sich der Belag bereits abgelöst hatte, wobei Substanzverluste zurückgeblieben waren, in denen die Kämme der Vaginalschleimhaut untergegangen sind. Die Vaginalportion des Uterus mit dicht gedrängten, punktförmigen, stellenweise auch hirsekorn- oder linsengrossen Efflorescenzen bedeckt. Aus der Vagina profuser, eitriger Ausfluss. Hauttemperatur 39°, die Kranke ist matt, appetitlos.

Weiter war das rechte obere Augenlid dunkelgeröthet, ödematös, die Conjunctiva injicirt, doch ohne Aphthen.

An den Oberschenkeln waren linsengrosse, derbe, lividroth gefärbte Knoten, von denen einzelne im Centrum mit miliaren gelben Punkten besetzt waren; an den unteren Extremitäten kreuzergrosse Stellen von lividrother, stellenweise auch von gelblicher Farbe.

Schon nach einem viertägigen Aufenthalte hatten sich mit Steigerung des Fiebers die Efflorescenzen, namentlich in der Mundhöhle vermehrt, ebenso in der Vagina, während sich von den älteren Efflorescenzen die Membranen allmälig ablösten. Die Zahl der Erytheme an der Haut, gleichwie deren Grösse, namentlich ad nates und an der hinteren Fläche der Oberschenkel, hatte zugenommen, während die älteren sich abflachten.

Die Substanzverluste am kleinen Labium zeigten jedoch noch einen lichtgelben Belag, während an anderen Stellen sich bereits Geschwüre, einzelne selbst von Halbkreuzergrösse zeigten, und in der Vagina fort und fort neue Nachschübe entstanden.

Am 7. März hat die Schwellung an der Schleimhaut der Mundhöhle bereits nachgelassen. Die aphthösen Membranen waren zum grössten Theile abgestossen, an den Unterschenkeln sind die Knoten ganz geschwunden. Temperatur 38·6°. Am 9. März sind die Substanzverluste in der Vagina bereits überhäutet, ebenso in der Vulva, andere im Centrum granulirend, an der Peripherie bereits überhäutet.

Am 12. März, demnach nach vierundzwanzigtägiger Dauer der Erkrankung, sind die Efflorescenzen an der Haut bereits abgeschafft, jedoch die Stellen mit fest anhaftender Borke bedeckt, stellenweise wieder nur mehr durch braune Pigmentirung angedeutet. Am 18. März war der Process abgelaufen.

Von grossem Interesse und in ihrer Deutung nicht endgiltig gelöst, ist die hier gleichzeitig mit dem Auftreten der Aphthen an der Haut erfolgte Proruption (Taf. XVI) von Erythemen, die mit dem Grade der Fiebererscheinungen zunahm. Sollte diesen Exanthemen nicht die gleiche Bedeutung vindicirt werden, wie dem Erythema nodosum bei Eiterretention?

Die anatomischen Verhältnisse der aphthösen Entzündung

sind bisher nur von der der Mundschleimhaut genau bearbeitet, und auch hierin differiren die Angaben. Nach Babenberger[1]) sind die Aphthen kleine Bläschen mit trübem, undurchsichtigem Inhalte, welche, wenn die Epitheldecke zerreisst, ein entsprechend grosses, seichtes Geschwürchen von rundlicher Form darstellen. Nach Bohn liegt jede Aphthe subepithelial, mit welcher Ansicht auch Hennoch,[2]) Fränkel und Schech[3]) übereinstimmen. Die Aphthe bildet nach diesen Autoren ein subepitheliales fibrinöses Exsudat, das zur oberflächlichen Nekrose der infiltrirten Partie führt. Hennoch nennt sie Dermatitis fibrinosa. Die Aphthe besteht aus feinkörnigem Faserstoff (Bohn), mit kernhaltigen Leukocyten (Fränkel, Virchow's Archiv 1888) und aus Plattenepithel. In diesem feinfädigen Gerüste finden sich Rundzellen und in Coagulationsnekrose begriffene Epithelialzellen. Diese aphthösen Massen hängen mit dem Papillarkörper der Schleimhaut innig und zapfenartig zusammen. Das Schleimhautgewebe ist in den Process miteinbezogen. Auch in unserem Falle waren die Efflorescenzen nicht durch Bläschen, sondern durch eine Membran gebildet, in welcher das Epithel theils untergegangen, theils noch an der Unterfläche derselben geblieben ist, deren Kerne und Contouren noch nicht untergegangen sind.

Der Papillarkörper zerstört, die Cutis von Rundzellen infiltrirt. Wenn auch die Zerstörungen nicht in die Tiefe gehen, bleibt das Cutisgewebe nicht ganz unversehrt. In der jüngsten Zeit hat man auch auf die bacteriologische Natur des aphthösen Processes hingewiesen. So fand E. Fränkel[4]) in denselben den Staphylococcus pyogenes citreus und flavus. Die Uebertragung der Culturen auf Kaninchen und Meerschweinchen ist ihm nicht gelungen, und in unserem Falle konnte man an mikroskopischen Durchschnitten auch Coccen im Gewebe finden, und Culturen, welche der Secundararzt meiner Klinik, Dr. Rössler, angelegt hat, bestätigten das Vor-

---

[1]) Virchow's Handbuch der Pathologie und Therapie, VI.

[2]) Vorlesungen über Kinderkrankheiten, II. Aufl.

[3]) Krankheiten der Mundhöhle 1888.

[4]) Virchow's Archiv 113, Heft 3: Ueber die sogenannte Stomatitis aphthosa in anatomischer und ätiologischer Beziehung.

handensein mehrerer Arten von Coccen, deren Uebertragung auf Thiere ihm keinen positiven Erfolg ergeben hatte.

Wenn wir die anatomischen Befunde der erkrankten Vaginalschleimhaut recapituliren und uns zunächst die Frage vorlegen, ob es überhaupt eine Colpitis inflammatoria idiopathica gibt, so müssen wir dieselbe direct bejahen.

Röthung, Schwellung, Gefässerweiterung und Exsudat bei erhöhter Temperatur und profuser Secretion sind ja zunächst die charakteristischen Merkmale der Entzündung im Allgemeinen, welchen Erscheinungen wir auch in der erkrankten Vaginalschleimhaut in allen Formen begegnen. Es mag die Schleimhaut allerdings durch die dichte Lage ihres Plattenepithels und den fast vollständigen Mangel der Schleimdrüsen, den Entzündung hervorrufenden Schädlichkeiten lange Zeit einen gewissen Widerstand entgegensetzen, allein dieser Widerstand wird wieder durch andere Momente paralysirt, wie z. B. durch den häufigen Act der Cohabitation und die durch dieselbe bewirkte Uebertragung von Infectionsstoffen, namentlich wenn dieselben bei mangelhafter Pflege längere Zeit an der Vagina haften bleiben, durch Maceration und Abstossung des Epithels, wozu auch die Menstruation nicht unwesentlich beiträgt. Hiezu kommt noch der Reichthum an Blut- und Lymphgefässen hier in Betracht.

Ueberdies gibt der Cervicalcanal, dessen Epithel sich schon unter normalen Verhältnissen durch die Menstruation selbst abzustossen pflegt, ein Receptaculum ab, von welchem aus Infectionsstoffe auf die Vaginalschleimhaut gelangen, um auf dieselbe pathologisch einzuwirken. Wenn wir nunmehr die krankhaften Vorgänge in der Vaginalschleimhaut charakterisiren, so sind dieselben denen der äusseren Haut fast analog; es sind nahezu die gleichen anatomischen Veränderungen: Pathologische Abweichung des Epithels — Proliferation desselben, Anordnung in membranöse Streifen in Folge frühzeitiger Verhornung und vermehrte Abstossung — Schwellung des Cutisgewebes mit entsprechender Schwellung und Vergrösserung der Papillen einer- und Schwund derselben, Gefässerweiterungen mit Rundzellenwucherungen, Zunahme des Endothels gleichwie Atrophie bis zum vollständigen Schwund andererseits, Anhäufung der Wucherungen

in einer Menge, welche das Cutisgewebe und Epithel theilweise vollständig verdrängen oder ganz substituiren. Diese Merkmale zeigen schon zur Genüge, dass eigentlich doch eine Differenz zwischen den Vorgängen der Schleimhaut und denen in der äusseren Haut besteht. Während in der äusseren Haut fast ausnahmslos die Follikel (Haarbälge, Talg- und Schweissdrüsen) mit ihren sie umspinnenden Gefässen zunächst den Herd abgeben, von dem aus sich die Entzündung verbreitet und die Follikel neben dem Papillarkörper und der geschwellten Epidermis vorwiegend die Ursache sind, dass die Entzündungsproducte in Form von Knötchen, demnach in papulöser Form erscheinen, während weiters in Folge der Nutritionsstörungen in den Follikeln auch in der Art der Secretion eine Alterirung eintritt, ist die Entzündung der Vaginalschleimhaut nicht an gewisse Punkte gebunden, sondern erscheint mehr diffus; die Knötchen an der äusseren Haut sind durch Erkrankung des Follicularapparates, des Papillarkörpers und der Epidermis, die der Vagina ausschliesslich durch Vergrösserung der Papillen in Folge entzündlicher Vorgänge in derselben entstanden. Man hat allerdings versucht, die Knötchen der sogenannten Vaginitis papulosa als von Follikeln der Vaginalschleimhaut ausgehende Entzündungen aufzufassen und sie geradezu als folliculäre Vaginitis bezeichnet; allein schon das häufige Vorkommen dieser Form der Vaginitis und das seltene und individuelle Vorkommen der Follikel müssen diese Bezeichnung als irrig und unzutreffend erscheinen lassen. Es gelingt auch leicht nachzuweisen, dass den Knötchen entsprechend theils einfache, theils vergrösserte, zusammengesetzte Papillen vorkommen, in denen dicht gedrängte Rundzellen zu finden sind, und die Anordnung der letzteren in Kreis- und Scheibenform macht sie in der That der Form solitärer Follikel des Darmes ähnlich. Allein das Fehlen der Umhüllungsmembran, welche für die Follikel charakteristisch ist, die oft von denselben ausgehenden Fortsätze von Rundzellen, gleichwie die Form der Kerne selbst und deren Tingirung, namentlich aber, dass an Schnitten der gesunden Vaginalschleimhaut derartige Gebilde nicht zu finden sind, lassen erkennen, dass man es hier ausschliesslich mit Entzündungsproducten und nicht mit Follikeln zu thun hat, daher die Bezeichnung folliculäre Vaginitis

aufzugeben und dafür papulöse oder granulöse Vaginitis, als die anatomisch richtige zu wählen ist.

Die anderen Formen der Colpitis unterscheiden sich histologisch nur durch die verschiedene Dichte der Epidermislage, durch mehr oder weniger intensive Abstossung grösserer Epidermismassen, durch graduelle Zunahme der Wucherung, durch die Weite der Gefässe, durch Zunahme der cavernösen Räume und das Mitergriffensein der tieferen Lagen, zumal der Muskelschicht. Was letztere betrifft, bietet ihr Verhalten eine nicht unwesentliche Differenz von den glatten Muskeln der äusseren Haut. In letzterer bilden bekanntlich die Arrectores pilorum, einzelne Stellen ausgenommen, woselbst sie mehr netzförmig angeordnet sind (Scrotum, Brustwarze), schief aufsteigende, einfach, selten dichotomisch verlaufende Züge, die an zahlreichen Hautaffectionen wesentlichen Antheil nehmen und namentlich bei der Bildung der Knötchen, bei der kolbenförmigen Ausbuchtung der Haarbälge betheiligt sind, indem sie mit in den Infiltrationsprocess einbezogen sind. In der Vagina bilden sie längliche und circulär verlaufende Züge unterhalb der Cutis, daher ihre Mitbetheiligung an der Entzündung, nachdem sie so tief gelagert, auf die klinischen Erscheinungen der Colpitis keinen Einfluss hat. Mikroskopisch zeigen sie jedoch, sowohl bei der acuten als auch chronischen, namentlich aber bei der senilen Atrophie hochgradige Veränderungen.

Durch die Schrumpfung und Verkürzung der Cutis rücken die Muskeln mehr gegen die Oberfläche, bilden wellenförmig verlaufende Züge mit verdicktem Bindegewebe; ihre Kerne sind stellenweise noch erhalten, stellenweise schon geschwunden.

Interessant gestaltet sich der Befund bei der atrophischen Vagina. Man muss bei derselben zwei Formen unterscheiden, eine Atrophie als Folge von wiederholten Schwangerschaften und jahrelang fortgesetzter Cohabitationen, eine Atrophie in Folge des senilen Processes. Ueber die erstere gibt uns zunächst die klinische Beobachtung Aufschluss. Bei Individuen nämlich, die in Folge der Gravidität an Vaginitis papulosa gelitten haben, findet man häufig, wie oben auseinandergesetzt, schon nach wenigen Monaten Knötchen, die Kämme der Vagina sind abgeflacht, die Falten seicht, die ganze Schleimhaut abgeblasst. Auch histo-

logisch bieten sich diese klinischen Veränderungen: Abflachung des Papillarkörpers, Verdickung des Epithels mit Zunahme der Plattenzellen und Abnahme des Rete, Ansammlung von Rundzellen an den Gefässen des geschrumpften Papillarkörpers dar. Die zweite Form, die senile Atrophie, findet ihr Analogon in den senilen Veränderungen der äusseren Haut. Wie ich[1]) nachgewiesen habe, besteht die senile Atrophie der äusseren Haut in Schrumpfung und glasartiger Trübung der Cutis sammt deren Adnexen und consecutiver Verkürzung der Follikel, Stauung der Secrete, leichtem Abblättern der Epidermis und Ansammlung von körnigen Pigmentzellen.

Bei der senil veränderten Vaginalschleimhaut fehlen die meisten dieser Befunde wegen Mangels an Follikeln, dagegen ist zu constatiren: Schwund des Papillarkörpers, Schrumpfung des Cutisgewebes, ein mehr wellenförmiger Verlauf und Schrumpfung der glatten Muskeln, Abnahme der Retezellen und Zunahme der verhornten Schicht, Atrophie der Gefässe, gleichwie Erweiterung derselben, zumal in den oberen Cutislagen mit gleichzeitiger Blutstauung, ebenso die umschriebenen Lagen von Rundzellen.

Von grossem Interesse erweist sich schliesslich die Beobachtung der aphthösen Vaginitis, die wegen ihrer gleichzeitigen Affection der Mundschleimhaut den unumstösslichen Beweis von der Existenz der Krankheit bietet, eine Beobachtung, wie sie bisher in der Intensität unseres Falles weder die Gynäkologen noch die Syphilidologen gemacht haben.

Ein Punkt verdient noch besonders betont zu werden, es ist dies das Verhältniss des cavernösen Gewebes. Wir kennen dasselbe zunächst nur von der Entzündung des Corpus cavernosum penis (Cavernitis.) Die Veränderungen bei den Erkrankungen der Vaginalschleimhaut sind bisher noch unerörtert geblieben. Während bei der Entzündung des Corpus cavernosum penis die Wandungen der Albuginea verdickt und diese als auch die Räume selbst von Rundzellen infiltrirt sind, findet man selbe bei der Vaginitis erweitert und mit Blut erfüllt, ohne weitere nachweisbare pathologische Veränderungen. Unter normalen Verhältnissen

[1]) Sitzungsbericht der k. Akademie der Wissenschaften 1860.

findet sich bekanntlich auf den Columnen und in der Nähe derselben ein reiches, weites Gefässnetz, welchem die Schleimhaut dieser Partie ihr schwammiges Gefüge verleiht. Dieses Gefässnetz erlangt bei der entzündlichen Colpitis schon an makroskopischen Durchschnitten selbst von solchen Schleimhautpartien abseits von den Columnen eine beträchtliche Ausdehnung, und reichen die cavernösen Räume bis in die Papillen und verdrängen hier das Cutisgewebe ganz, erreichen namentlich aber in Folge der Schwangerschaft das grösste Mass ihrer Entwickelung, wobei die Schleimhaut oft in ihrer ganzen Ausdehnung mit traubenförmigen Geschwülsten besetzt ist.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel VII—XVI.

Tafel VII.

Fig. 1. Senkrechter Durchschnitt durch die Schleimhaut einer Colpitis acuta diffusa.

a Falte der Schleimhaut.
b Verhornte Zellen.
c Rete Malpighii.
d Dichtgedrängte Rundzellenwucherung.
e Erweitertes Blutgefäss.

Fig. 2. Erweiterte blutreiche Gefässe des proliferirenden Cutisgewebes.

Tafel VIII.

Fig. 3. Durchschnitt der Schleimhaut bei chronischer Vaginitis.

aa Tiefe Falten.
b Verhornte Epithelialschicht.
cc Zusammengesetzte Papillen mit Rundzellen.
d Erweiterte Blutgefässe.
d_1 Erweiterte cavernöse Räume.
e Wucherung in der Muskelschicht.

Tafel IX.

Fig. 4. Durchschnitt durch die Schleimhaut bei acuter Vaginitis papulosa.

a Falten der Schleimhaut.
b Rundzellenwucherung in den vergrösserten zusammengesetzten Papillen.
c Erweiterte Blutgefässe.



Neumann. Krankhafte Veränderungen der Vaginalschleimhaut.



Neumann. Krankhafte Veränderungen der Vaginalschleimhaut.


b
e
b.
a
d.
d.
c
d

Fig. 4.



umann. Krankhafte Veränderungen der Vaginalschleimhaut.



Neumann. Krankhafte Veränderungen der Vaginalschleimhaut.



Fig. 7.

a
b b
c
d c

Fig. 8.

a c
a
b
c c
d

eumann. Krankhafte Veränderungen der Vaginalschleimhaut.

Fig. 9.



umann. Krankhafte Veränderungen der Vaginalschleimhaut.

Fig. 10.

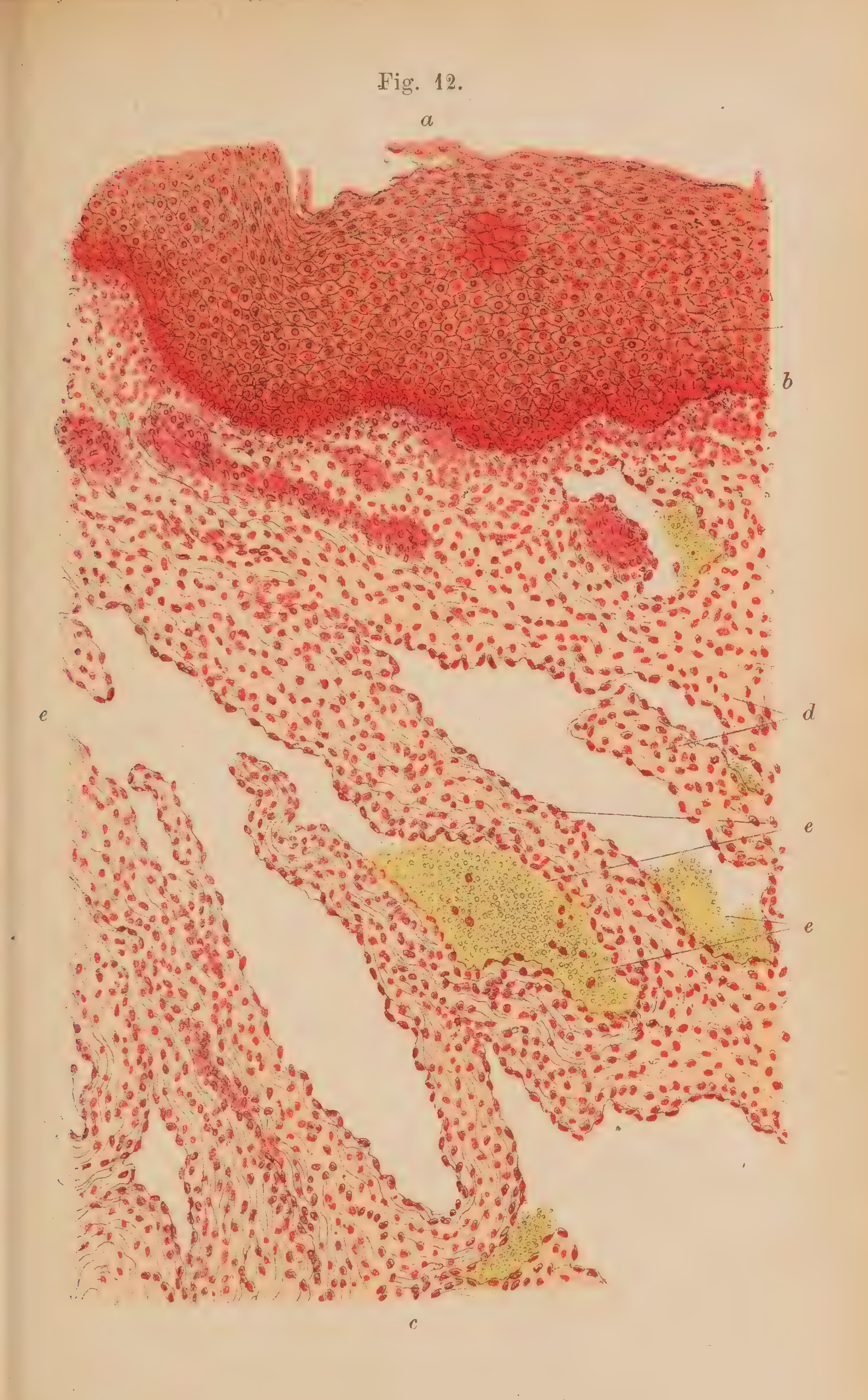


lann. Krankhafte Veränderungen der Vaginalschleimhaut.

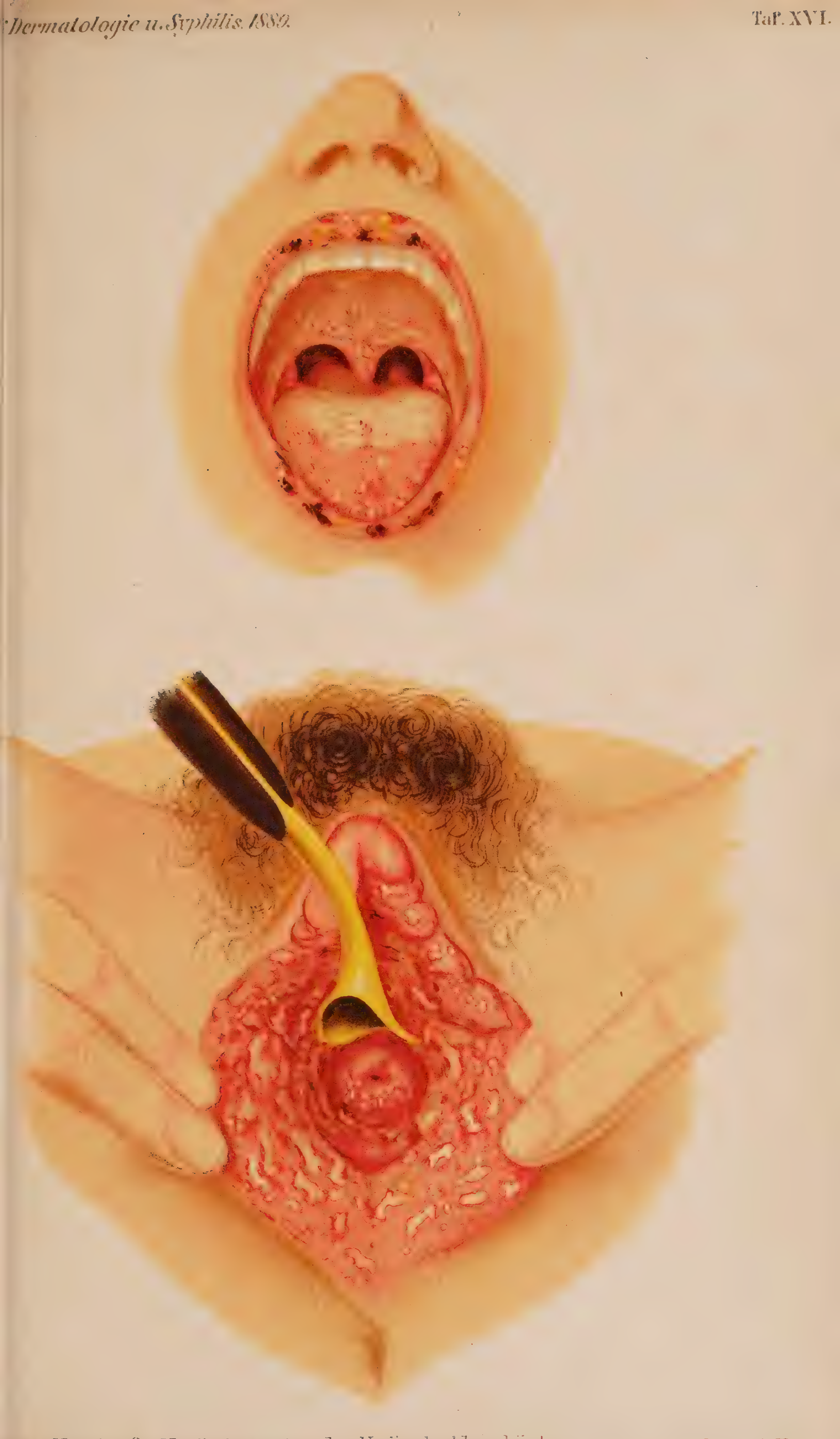
Fig. 11.



Neumann. Krankhafte Veränderungen der Vaginalschleimhaut.



Neumann. Krankhafte Veränderungen der Vaginalschleimhaut.



...um: Krankhafte Veränderungen der Vaginalschleimhäute

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

d Erweiterte cavernöse Räume.
e Erweiterte Gefässe in den tiefen Cutislagen.
f Wucherung in den Papillen der glatten Muskeln.

Tafel X.

Fig. 5. Durchschnitt durch die Schleimhaut einer acuten Vaginitis papulosa.
a Plattenepithel.
b Rete Malpighii.
c Dichtgedrängte Rundzellen in umschriebenen Herden.
d Proliferirende Cutis.

Fig. 6. Durchschnitt durch die Schleimhaut bei Vaginitis papulosa subacuta.
a Verdünnte Epithelialschicht mit Schwund des Rete Malpighii.
b Zusammengesetzte Papille mit Wucherungen.
c Erweiterte Blutgefässe mit Rundzellen an der Wandung.
dd Blutreiche Gefässe in den unteren Lagen der Cutis.

Tafel XI.

Fig. 7. Durchschnitt durch die Schleimhaut bei noch nicht weit vorgeschrittener chronischer Vaginitis.
a Hornschicht sammt Rete.
b Dichtgedrängte Rundzellenwucherung in dem Stratum vasculare cutis.
c Blutreiche Gefässe.
d Proliferirende Cutisfasern.

Fig. 8. Durchschnitt durch die Schleimhaut einer atrophischen Vagina.
a Verdichtetes Epithel.
b Verschmälerte Reteschicht.
c Wucherung im abgeflachten Papillarkörper.
d Atrophische Gefässe.

Tafel XII.

Fig. 9. Durchschnitt durch eine senil veränderte Vaginalschleimhaut eines 83 Jahre alten Individuums.
a Atrophischer Papillarkörper.
b Rareficirte Epithelschicht.
c Erweiterte und geschlängelt verlaufende Blutgefässe.
d Wellenförmig verlaufendes, geschrumpftes Bindegewebe.
e Rundzellenwucherung in der Cutis.
f Histologisch veränderte Muskeln.

Tafel XIII.

Fig. 10. Dieselben Veränderungen wie bei Fig. 9; nur die dicht gedrängten Wucherungen in den oberen Cutislagen prägnanter.

Tafel XIV und Taf. XV.

Fig. 11 und 12. Durchschnitt durch die Vaginalschleimhaut, welche in Folge der Schwangerschaft den Charakter des cavernösen Gewebes angenommen hat. Färbung mit Bismarckbraun.

a Verhornte Zellen.
a_1 Solche in den Schleimhautfalten.
b Rete Malpighii.
c Vergrösserte Papillen mit Wucherungen.
d Wucherungen in der Cutis.
e Cavernöse Räume.

Tafel XVI.

Fig. 13. Aphthöse Erkrankung des weiblichen Genitale (Vulva, Vagina, Portio vaginalis uteri) et membran. mucosae oris consequente Erythemate cutis.

Fig. 1.

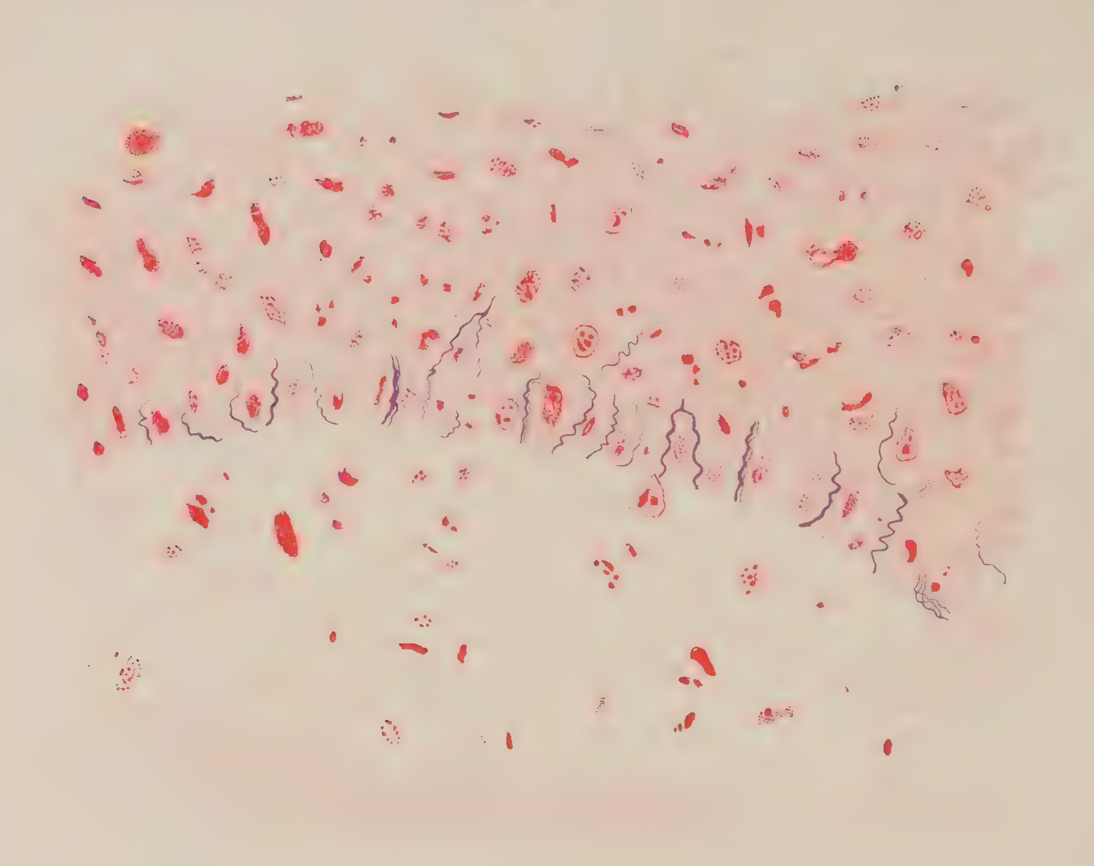
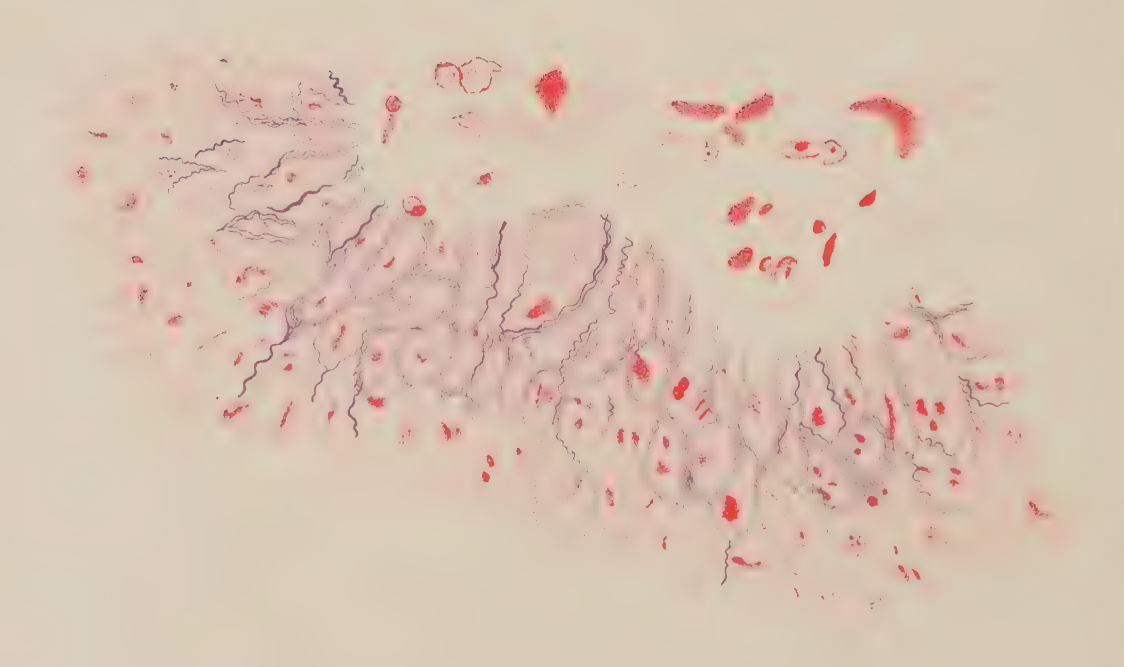


Fig. 2.



Herxheimer: Fasern in d. Epiderm. u. im Epithel.

Lith Anst v. Th. Bannwarth Wien VII Bez.

Ueber eigenthümliche Fasern in der Epidermis und im Epithel gewisser Schleimhäute des Menschen.

Von

Dr. Karl Herxheimer in Frankfurt a/M.

(Hiezu Tafel XVII.)

Wer mit der Gram'schen Methode Schnitte der menschlichen Haut behandelt, der findet zuweilen, dass die Zellmembranen in der basalen Epidermisschicht den Anilinfarbstoff zurückgehalten haben. Auch mir, der ich viel mit der Gram'schen Methode gearbeitet habe, war dieser Umstand schon vor längerer Zeit aufgefallen, ohne dass ich mir eine plausible Erklärung darüber geben konnte. Die Gram'sche Methode ist nun in neuester Zeit durch die von Weigert gefundene Methode zur Färbung von Fibrin und von Mikroorganismen (Fortschr. der Medicin, 1887, Nr. 8) mannigfacher Vortheile halber substituirt worden. Mit dieser letzteren wurde die obige Reaction noch deutlicher, und man findet in der That sehr häufig die Zellmembranen in der basalen Cylinderzellen-, sowie in der ganzen Stachelzellenschicht nicht blos diffus, sondern geradezu electiv gefärbt. Zunächst hat dies für den Mikroskopiker nichts Befremdendes, dem die Erfahrung zur Seite steht, dass auch andere Epithelien, z. B. diejenigen drüsiger Organe oder solche von Carcinomen oft eine ähnliche Reaction mit verschiedenen Anilinfarbstoffen geben. Indessen zeigten sich durch die vor nunmehr anderthalb Jahren begonnene Untersuchung eigenthümliche spiralige Fasern, die ich im Folgenden näher beschreiben will.

Vorerst muss ich einige technische Einzelheiten bei der Anwendung der Weigert'schen Methode erörtern. Die Härtung der zu untersuchenden Hautstückchen geschieht am besten in absolutem Alkohol. Denn wenn sich auch die erwähnten Fasern nach Härtung in Müller'scher Flüssigkeit darstellen liessen, so lieferte doch die Alkoholhärtung am sichersten deutliche Bilder. Nach Behandlung mit anderen fixirenden Medien, wie Flemming'scher und Fol'scher Mischung, Erlitzki'scher Flüssigkeit, Pikrinsäure oder Sublimat, gelang die Darstellung der Fasern nicht. Die Einbettung wurde in Celloidin vorgenommen. Es wäre möglich, durch die Paraffineinbettung feinere und daher für unsere Zwecke geeignetere Schnitte zu erzielen, indessen konnte ich diese zeitraubende Einbettung nicht vornehmen. Die Schnitte sollen möglichst dünn werden, d. h. $1^1/_2$: 100 Mm. Dicke nicht übersteigen. Dieselben müssen vor der Färbung entcelloidinisirt werden, einmal deshalb, weil das durch den Anilinfarbstoff mitgefärbte Celloidin die Deutlichkeit des Bildes wesentlich beeinträchtigt, hauptsächlich aber aus dem Grunde, weil die Entfärbung von Schnitten, die noch Celloidin enthalten, eine sehr viel langsamere ist, da Gewebe plus Celloidin entfärbt werden muss, und weil dabei die uns interessirenden Fasern mitentfärbt werden können. Zur Befreiung der Schnitte vom Celloidin sollen dieselben 24 Stunden lang in einem Gemisch von absolutem Alkohol und Aether zu gleichen Theilen aufbewahrt werden. Wenn sie danach mindestens 2 Stunden in Alkohol verweilt haben, werden sie auf 5 bis 10 Minuten in gesättigte wässerige Gentianaviolettlösung auf dem Objectträger gefärbt, 1 Minute mit Lugol'scher Lösung und dann bis zur Entfärbung mit Anilinoxylol behandelt. Die Entfärbung darf nicht zu lange fortgesetzt werden; man soll makroskopisch noch einen deutlich blauen Ton wahrnehmen. Von Wichtigkeit ist alsdann, dass die Schnitte zweimal mit Xylol abgespült werden. Die Einbettung wird in Xylol-Canadabalsam vorgenommen. Zur Doppelfärbung, welche sehr leicht gelingt und schöne Bilder liefert, behandelt man die Schnitte vor der Einlegung in die Gentianaviolettlösung in der bekannten Weise mit Ort'schem Lithioncarmin. Es ist hierbei besonderer Werth auf das vollständige Auswaschen der Salzsäure zu legen. Die Untersuchung geschah mit Leitz' Oelimmersion 1 : 20.

An so präparirten Schnitten lassen sich deutlich gewöhnlich in den beiden untersten Zelllagen der menschlichen Epidermis, beziehungsweise der unten näher zu specialisirenden Schleimhäute liegende eigenthümliche tiefblau gefärbte Fasern erkennen. Wir wollen im Vorhinein betonen, dass niemals im Bindegewebe derartige Fasern constatirt werden konnten. Die Fasern, von verschiedener Dicke und Länge (im Durchschnitt beträgt die Länge der Einzelfaser etwa 12 μ, die Dicke etwa 1 μ), beginnen genau am Epidermisrande und schlängeln sich je zwischen zwei Epithelzellen, bald frei in dem von diesen gelassenen Zellraume liegend, bald mit der einen oder anderen Windung den Contour dieser oder jener Zelle oder denselben im ganzen Verlaufe deckend, bis zur nächsten Zellschicht, um dort entweder unsichtbar zu werden oder sich mit der nächsten Parallelfaser zu vereinigen, worauf dann die vereinigten Fasern zwischen zwei Zellen der nächsten Schicht weiterverlaufen, um an deren Ende zu verschwinden oder sich wieder in zwei, eine Zelle umschlingende Fasern zu theilen. Niemals konnte eine solche Verbindung der Fasern weiter als durch drei Zelllagen verfolgt werden. Der Verlauf der Fasern ist meist ein der Längsachse der Zellen paralleler, öfters aber gehen sie schief über die Zellen hinweg. Die Dicke der Fasern ist, wie gesagt, wechselnd, indessen liegen die dickeren fast regelmässig in der basalen Schicht, und auch deren Basalendungen, wenn wir uns dieses Ausdruckes bedienen dürfen, um die Endigungen an der Cutisseite zu bezeichnen, erscheinen in der Regel von grösserer Dicke. Die Gestalt der Fasern ist immer, wenn auch nicht im ganzen Verlaufe, eine spiralige. Was die Form der Spirale angeht, so ist dieselbe bald ganz regelmässig, bald unregelmässig. Im letzteren Falle sind die Windungen mitunter ganz kurz, so dass die Faser an den Windungen wie geknöpft aussieht, mitunter recht lang, und zwar kann dieses Verhältniss an derselben Faser vorkommen. Es herrscht sogar oft eine solche Formverschiedenheit, dass ein und dieselbe Faser an der Basalendung weite Windungen, in der Mitte mittelweite und nach oben hin ganz kurze Windungen besitzen oder auch in der Mitte oder an einem Ende eine Strecke weit einen geraden Verlauf nehmen kann. Ein seltenes Vorkommniss ist die Aufrollung der Faser zu einem Knäuel. Ich habe diese Form nur zweimal con-

statiren können, und zwar jedesmal an dem Basalende recht langer Fasern. Die Consistenz unserer Gebilde betreffend, so erschienen dieselben immer solid; niemals liess sich ein Lumen und Wandungen unterscheiden.

Die bislang geschilderten Verhältnisse sind hauptsächlich am spitzen Papillom beobachtet worden, welches sich aus später zu erörternden Gründen als besonders geeignet zur Untersuchung erwies. Gerade hier ist man häufig in der Lage zu sehen, dass nicht blos vereinzelte Fasern zwischen den Zellen verlaufen, sondern zwei oder mehrere sich umschlingend. Manchmal ist das Bild ein geradezu verwirrendes. Es finden sich ganze Büschel dicht gedrängter, etwa parallel verlaufender Fasern, oftmals so dicht aneinander liegend, dass sie auf den ersten Blick doppelt contourirt erscheinen. Entweder füllen nun diese Faserbüschel den ganzen Intercellularraum aus, oder es kommt zur Radiärstellung, und zwar gewöhnlich so, dass das Büschel von dem einen Pol der Zelle aus über dieselbe hinweg radiär ausstrahlt etwa bis zur Mitte der Zelle, um sich am entgegengesetzten Pol wieder zu sammeln. Von hier aus führt dann eine gewöhnlich dickere Faser weiter, oder es kommt wieder zur Auftheilung. Diese Auftheilung hat oft nur in dem Raum zwischen zwei aufeinander folgenden Zellen statt, und aus ihrem Conglomerat gehen dann Faserbündel hervor, die sich am nächstliegenden Pol einer neuen Zelle in zwei Faserzüge scheiden, welche letztere sich an der Membran dieser neuen Zelle, einander parallel, weiter schlängeln.

Wir haben oben als den gewöhnlichen Fundort unserer Fäden die untersten Zelllagen der Epidermis bezeichnet. An wohlgelungenen Präparaten vermisst man dieselben an keiner Zelle. Indessen sind sie häufig im Bereiche der ganzen Stachelschicht zu finden (dagegen niemals im Stratum granulosum), und zwar verlaufen sie in einer zu den ebenfalls oft electiv blau gefärbten Stacheln gewöhnlich senkrechten Richtung. Eine Verbindung mit den Stacheln, etwa ein Umranken derselben, lässt sich nicht erkennen, vielmehr scheinen beide Organe von einander unabhängig zu verlaufen.

Das erste Object, in welchem sich die eigenthümlichen korkzieherähnlichen Gebilde fanden, war das Epithel über einem Sarkom der Mundhöhle. Des Weiteren konnte ich sie constatiren im

Epithel eines tuberculösen Tumors vom Stimmband und in demjenigen über einer tuberculösen Tonsille.

Waren sie nun dem Epithel der Schleimhäute allein zugehörig oder auch der Epidermis? Zunächst untersuchte ich behufs Beantwortung dieser Frage einen mir zu Gebote stehenden Fall von Psoriasis: Die Spiralen waren in ganz regelmässiger Anordnung vorhanden. Es wurden ferner untersucht mit positivem Erfolge fünf weitere Fälle von Psoriasis, zwei Fälle von Lichen ruber planus des Armes, drei Fälle von spitzen Papillomen, ein Cancroid der Nase, zwei Cancroide der Wangenhaut — hier fanden sich die Fäden immer nur in den oberen Epithelschichten, nie in den nach unten gewucherten Partien —, zwei Fälle von Lupus erythematosus der Wangenhaut, vier Fälle von Lupus vulgaris von verschiedenen Stellen des Gesichts, je ein Fall von Fibroma molluscum der Rückenhaut, von Leichentuberkel und von Pityriasis tabescentium. Ferner fanden sich die Spiralen vor in den Knoten vom Arme zweier Leprafälle (das Material des einen stammt aus Sevilla, das des anderen aus Barbadoes wurde hier in der Klinik meines Bruders excidirt), in der gewucherten Haut der Umgebung einer tuberculösen Fistel vom Halse, in der Umgebung einer tuberculösen Fistel am Fussballen, in einem Narbenkeloid vom Halse, bei Vitiligo, Ichthyosis vulgaris, Elephantiasis Arabum und Myxödem.

Der constante Befund in Producten von so ausserordentlich heterogener Provenienz brachte mich sehr bald zur Ueberzeugung, dass es sich hier nicht um einen Bestandtheil pathologischer Haut, resp. Schleimhaut handeln könne. Ein Umstand war freilich fast allen untersuchten Hautstückchen gemeinsam, nämlich der, dass Epithelwucherung vorhanden war. Da indessen auch in einigen Fällen ohne eine solche ein positives Resultat notirt werden konnte, so musste ich des Weiteren mein Augenmerk darauf richten, die spiraligen Fasern in der normalen Decke nachzuweisen.

Dies gelang zunächst an normaler Zungenschleimhaut, in welcher dieselben mit grosser Deutlichkeit zu sehen waren. Ebenso wurden sie mit Sicherheit constatirt in der normalen Haut des Knies eines erwachsenen Menschen, ferner in der Brust- und in der Bauchhaut eines Mannes von 30 Jahren. In drei weiteren Fällen waren sie in normaler Haut von Erwach-

senen nicht zu finden. Andererseits war ich wiederum in der Lage sie nachzuweisen in einer der äusseren Decke ähnlichen Ueberhäutung eines Rectalgeschwüres, und zwar in den jüngeren Stellen am Rande der Geschwürsfläche.

Vergleichend-anatomische Untersuchungen lieferten kein Resultat. Es wurden zur Untersuchung benutzt das Epithel von Amphibien (Amphioxus lanceolatus mit seiner einzelligen Lage von Cylinderzellen, sowie dasjenige von Fröschen und Kröten) und die Haut von Kaninchen, Ratten und Meerschweinchen. Der negative Erfolg dieser Untersuchungen erklärt sich zum Theil aus der geringen Anzahl derselben, andererseits aber auch wohl aus dem Umstande, dass die Fasern in der normalen thierischen, wie in der normalen menschlichen Haut sehr klein und schwer färbbar sind. Pathologische Haut von Thieren stand mir nicht zur Verfügung.

Nachdem es nunmehr festgestellt war, dass die eigenthümlichen Fasern im normalen und pathologischen Epithel, resp. in der Epidermis des Menschen vorkamen, harrten zwei weitere Fragen ihrer Erledigung. Die eine lautete: Zeigen sich die Fasern in allen Schleimhäuten? Daraufhin wurde nachgesucht in der Schleimhaut des Digestions-, des Respirations- und des Genitaltractes. Vom ersteren wurde bereits erwähnt, dass Zungenschleimhaut, sowie Tonsillenepithel (letzteres allerdings über pathologischen Veränderungen) zu positiven Ergebnissen führte. Negativ fiel aus die Nachforschung in je einem Stückchen von Oesophagus-, Magen- und Dickdarmschleimhaut. Der Athmungstract, und zwar Cylinderepithel der unteren Muschel, solches von einem Nasenpolypen und von der Trachea brachte negative, nur das Plattenepithel der Stimmbänder lieferte positive Resultate. Die Exploration endlich der Vaginalschleimhaut zeigte regelmässige Spiralen. Trotzdem also in der Oesophagusschleimhaut keine Fäden nachgewiesen werden konnten, erhellt aus den angestellten Recherchen die Thatsache, dass sich die Gebilde mit der erwähnten Ausnahme im Bereich des geschichteten Plattenepithels vorfinden. Die genauen Grenzen ihres Vorkommens wurden nicht festgestellt.

Es erübrigte nun noch die Frage: Wie steht es um den Befund der Fasern in Epithelien, welche nicht der äusseren Decke

angehören. Die Beantwortung geschah einmal durch Exploration normalen Drüsenepithels und zwar von je zwei Stückchen normaler Parotis und von normalem Pankreas. Das Resultat war sowohl hier wie in pathologischen Epithelwucherungen aus dem Körperinnern (verschiedene Stückchen von zwei Fällen von Leber- und einem Fall von Nierencarcinom) ein negatives.

Es war somit festgestellt, dass die oben beschriebenen Spiralen ausschliesslich dem Stratum spinosum normaler und pathologischer Epidermis des Menschen sowie der analogen Epithellage der Schleimhäute, welche mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet sind, zukommen, dass sie also einen sehr verbreiteten specifischen Bestandtheil der äusseren Decke bilden.

Welche Bedeutung kommt nun diesen eigenthümlichen, vorher offenbar noch nicht gesehenen Gebilden zu?

Die Annahme, dass Parasiten vorliegen, woran man vielleicht, wenn man ein pathologisches Präparat durchmustert hat, denken könnte, ist ohne Weiteres von der Hand zu weisen aus dem einfachen Grunde, weil sich die fraglichen Spiralen in normaler Haut vorfinden.

Der erste Eindruck liess mich an Zellcontouren denken, doch ist dies bei einiger Ueberlegung unhaltbar. Bei einigermassen gelungener Doppelfärbung sieht man an passenden Stellen den nicht gewundenen Zellcontour roth gefärbt neben der blauen Spirale liegen. Vor Allem aber spricht der erwähnte quere Verlauf der Fasern über die Zelle gegen obige Annahme und der Umstand, dass oft mehrere Fasern neben einander liegen und den Zwischenraum zwischen zwei Zellen ganz ausfüllen. Ferner müsste man, falls man Zellcontouren annehmen wollte, die Fäden auch hier und da von der Fläche sehen und nicht immer als Linien. Auch die spiralige Gestalt wäre sehr merkwürdig. (Die Annahme, dass die Fäden Kunstproducte sind, ist gleichfalls hinfällig, weil solche nie die beschriebene Regelmässigkeit besitzen, weil die Gebilde sich auch an anderen Orten des Epithels in diesem Falle finden würden, und weil mit den verschiedensten Agentien gearbeitet wurde. Es könnte freilich noch der Einwand erhoben werden, dass die spiralige Gestalt künstlich erzeugt sei. Dieser Zweifel wird durch die Thatsache beseitigt, dass immer mit frisch in absoluten

Alkohol eingelegten Präparaten gearbeitet wurde oder mit solchen, die in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet worden waren.)

Aus dem Gesagten geht zur Genüge hervor, dass es sich auch nicht um eine Kittsubstanz im landläufigen Sinne handeln kann.

Elastische Fasern im gewöhnlichen Sinne anzunehmen, ist sowohl aus entwickelungsgeschichtlichen Gründen nicht erlaubt, als auch deshalb nicht, weil es mit der Weigert'schen Methode nicht möglich ist, elastisches Gewebe darzustellen.

Dagegen wäre die Möglichkeit noch in Erwägung zu ziehen, dass hier Nervenendfasern vorliegen. Zur Fundirung dieser Hypothese müssten wir allerdings voraussetzen, dass diesen Nervenendfasern mikrochemisch eine besondere Reaction zukomme im Gegensatz zu den Nervenstämmen, denn es muss constatirt werden, dass sich die Axencylinder nicht mit unserer Methode darstellen lassen, eine Voraussetzung, welche zwar unwahrscheinlich ist, aber nicht absolut ausgeschlossen. Es liegt aber noch ein zweiter Umstand vor, der uns der Nervenhypothese gegenüber vorsichtig sein lässt, nämlich derjenige, dass in pathologischen Producten, in welchen man die Nervenfasern in geringerer Anzahl supponiren sollte, z. B. beim spitzen Papillom, gerade die in Frage stehenden Gebilde sehr reichlich auftreten. Ferner spricht ihr an manchen Orten zu reichliches und andererseits nicht sehr regelmässiges Auftreten, welches wir weiter unten noch näher ins Auge fassen werden, gegen die Annahme von Nervenendfasern, die man sich doch nach dem jetzigen Stand unserer Kenntnisse weniger zahlreich vorzustellen hat. Auch käme nach den Untersuchungen von Ehrlich (Deutsche med. Wochenschr. 1886, Nr. 4) und Arohnsohn (Beiträge zur Kenntniss der centralen und peripheren Nervenendigungen. Inaug.-Diss. Berlin 1886) den feinen Nervenendigungen im Epithel Varicositäten zu.

Ranvier (Technisches Lehrbuch der Histologie, übersetzt von Nicati und Wyss, Leipzig 1888, F. C. W. Vogel) beschreibt neuerdings Nervenendfasern, welche übrigens durchaus der spiraligen Gestalt entbehren, in der menschlichen Epidermis, welche am besten an vollkommen frischer Haut von der Fingerbeere jugendlicher Individuen nachgewiesen wird. Ein diesen Anforderungen entsprechendes Hautstückchen wurde genau nach seiner in seinem Lehrbuche ausführlich beschriebenen Methode behandelt. Es gelang

mir weder unseren spiraligen Fasern analoge Fäden in der Epidermis zu sehen, noch auch die von Ranvier abgebildeten, ohne dass ich mir eine Erklärung darüber geben könnte, an welcher Fehlerquelle meinerseits dieser Misserfolg gelegen hat. Es ist genugsam bekannt, dass das Gelingen der Goldimprägnirungsmethoden der Nervenfasern abhängig ist von der exactesten Durchführung bis auf die kleinsten Einzelheiten, und dass diese Methode selbst dann noch oft misslingen kann. Ebensowenig gelang mir die Unna'sche Nervendarstellung (Monatsh. für prakt. Derm. 1882, Nr. 8) durch Entfettung kindlicher Vorhaut und Behandlung mit Osmiumsäure. Eine grössere Reihe von Schnitten ferner von Hautstückchen verschiedener Körpertheile wurde nach der von Freud (Archiv für Anatomie und Physiologie. Anatomische Abtheilung) angegebenen Goldchlorid-Jodkaliummethode behandelt, ebenfalls ohne Erfolg. Endlich will ich auch nicht unerwähnt lassen, dass ich eine Anzahl von in Alkohol und Müller'scher Flüssigkeit gehärteten gemischten Nerven z. B. den Ischiadicus mit der Weigert'schen Fibrinmethode ohne Resultat untersucht habe.

Wenn wir so weder durch theoretische Ueberlegungen noch durch die mikroskopische Untersuchung einen directen Anhalt für die Annahme von Nervenendigungen gefunden haben, so sprechen andererseits manche Momente dafür, dass es sich um ein Saftbahnsystem handeln könne. Einmal die Beobachtung, dass die Spiralen in der untersten Epithellage, dem Sammelplatze des Ernährungsstromes der Epidermis, uns meist dicker erschienen, als in den höheren. Aus dem gleichen Grunde waren sie auch bei Affectionen, die mit Wucherung des Epithels einhergehen, und bei welchen die Epithelien besonders gross und turgescent erscheinen, also beim spitzen Papillom, bei Cancroiden, bei Psoriasis, Lichen ruber u. s. f. am deutlichsten und regelmässigsten zu sehen. Seltener kam es vor, dass dickere Exemplare sich in den höheren Schichten fanden, sondern dort nahmen sie eben an Umfang ab. Ebenso sind diejenigen bei atrophischen Processen z. B. bei Pityriasis tabescentium sehr dünn. Letzteres ist auch die Regel in normaler Haut. Ferner könnte die vielfache Verzweigung auf ein Canalsystem hindeuten. Wenn man das beständige Zusammenfliessen und Auseinandergehen an einem wohl-

gelungenen Präparat studirt, wozu sich schiefe Schnitte, am besten vom Papilloma acuminatum, besonders eignen, so muss man zugeben, dass eine solche Anordnung doch wohl gerade am ehesten einem Canalsystem zukommen könnte. Auch die spiralige Form der Fasern ist mit dieser Hypothese sehr wohl in Einklang zu bringen. Wir wissen aus der spiraligen Windung der Schweissdrüsencanäle u. s. f., dass die Epithelien in der Epidermis eine grosse Neigung besitzen, in spiraliger Richtung zu wachsen. (Vgl. u. A. die neuere Arbeit von Blaschko [Arch. für mikroskop. Anat., 1887].) Es wäre also nichts natürlicher, dass in der Epidermis liegende Canäle ebenfalls eine spiralige Wachsthumsrichtung nehmen. In der Hoffnung, über das Wachsthum der in Frage stehenden Fäden Aufschluss zu erhalten, habe ich denn bei menschlichen Embryonen nachgeforscht, konnte aber bei denselben (es standen mir solche vom vierten bis zum sechsten Monat zur Verfügung) die Fäden nicht darstellen.

Endlich möchte ich noch folgende Betrachtung zu Gunsten der Saftbahnhypothese heranziehen. Es könnte vielleicht Mancher in den Irrthum verfallen, sich die Fäden in allen Präparaten der angeführten Objecte ganz regelmässig zu denken. Dem ist nicht so. Vielmehr sind manchmal, in einigen Präparaten sogar recht häufig, zwischen den untersten Epithelzellen die spiraligen Fäden nicht gefärbt. (Es wurde bereits oben erwähnt, dass mit der Weigert'schen Fibrinmethode die Zellcontouren ebenfalls fast electiv hervortreten können. Man hüte sich, diese geraden Linien, die gewöhnlich heller blau gefärbt erscheinen, mit den ein ganz bestimmtes Gepräge tragenden spiraligen Fäden zu verwechseln.) Auf welchen Grund wäre nun der Ausfall der Fäden an manchen Stellen zurückzuführen? Der nächstliegende ist die Unvollkommenheit der Methode, und es ist allerdings a priori die Behauptung nicht zulässig, dass die zum Nachweis des Fibrins so sichere Methode nun auch in derselben Anwendungsweise gleich sichere Resultate liefern soll für ein vollständig unbekanntes Gebilde. Trotzdem bei jedem Schnitt ein Controlschnitt gefärbt wurde von einem Object, in welchem die Fasern immer zu finden waren, nämlich vom spitzen Papillom, so konnte immerhin eine nur relativ sichere Uebersicht über ihr Vorkommen in anderen Präparaten gewonnen werden. Die zweite Möglichkeit ist die, die

fraglichen Gebilde als Ausgüsse eines Canalsystems zu erklären, wobei sich die Unregelmässigkeit der Tinction leicht durch den verschiedenen Füllungszustand der feinen Röhrchen erklären liesse. Vielleicht lässt sich noch folgender Umstand für die Annahme dieser letzteren Möglichkeit anführen. Man findet nämlich in einzelnen Präparaten sozusagen rudimentäre Spiralen, d. h. man sieht nicht vollständige Fasern, sondern ihre Richtung ist nur durch abgesetzte, etwa der halben Windung einer Spirale entsprechende, tiefblau gefärbte Striche angedeutet, zwischen denen sich ungefärbte Lücken befinden. Es macht nun den Eindruck, als ob es sich hier um feinste Canälchen handle, wobei die erwähnten Striche als Theile der Füllungsmasse zu deuten wären, wenn man nicht auch hier die Unvollkommenheit der Methode als eine etwas gesuchte Erklärung heranziehen will.

Es lag nahe, Methoden zu versuchen, durch welche es den Untersuchern gelang, Saft-, respective Lymphbahnen darzustellen. Eine solche ist diejenige von Golgi. Rossbach und Sehrwald (Ueber die Lymphwege des Gehirns, Centralbl. für die med. Wissenschaften, 1888, Nr. 25, 26) geben an, dass, wie sich die Lymphbahnen des Centralnervensystems und anderer Organe mit der Methode Golgi's färben, sich auch diejenigen der Haut damit darstellen lassen. Es wurde daher die von Forel publicirte Modification (Fortschr. der Medicin, 1887, Nr. 14) angewendet, und zwar wurden, um möglichst viele Variationen machen zu können, die bekanntlich bei der erwähnten Methode wohl angebracht sind, eine grosse Anzahl Stückchen von normaler Haut eingelegt. Das Verweilen in der Chrom-Osmiumsäurelösung wurde von 6—20 Tagen variirt, in der Argent. nitr.-Lösung blieben die Stückchen von mehreren Tagen bis zu mehreren Monaten. Das Resultat war ein vollkommen negatives.

Auch habe ich nach dem Vorgang von Axel Key und Retzius parenchymatöse Injectionen mittelst Asphalt-Chloroformmasse versucht und zwar unter höchstmöglichem Drucke bei zwei Fibromata mollusca am Lebenden nach möglichst fester Unterbindung des Stieles der Geschwulst und an der Zehe einer Leiche, ebenfalls nach vorausgegangener Unterbindung. Bei allen drei Versuchen gelang die Injection vollkommen, so dass die Haut makroskopisch tiefschwarz erschien, und es zeigten sich mikro-

skopisch die intercellulären Räume der ganzen Epidermis gleichmässig stark schwarz gefärbt, wobei es sich herausstellte, dass die Färbung durch kleinste schwarze Tröpfchen, welche dicht an einander lagen, bedingt war. Niemals jedoch liessen sich spiralige Räume, welche unseren Fasern entsprechend gewesen wären, nachweisen.

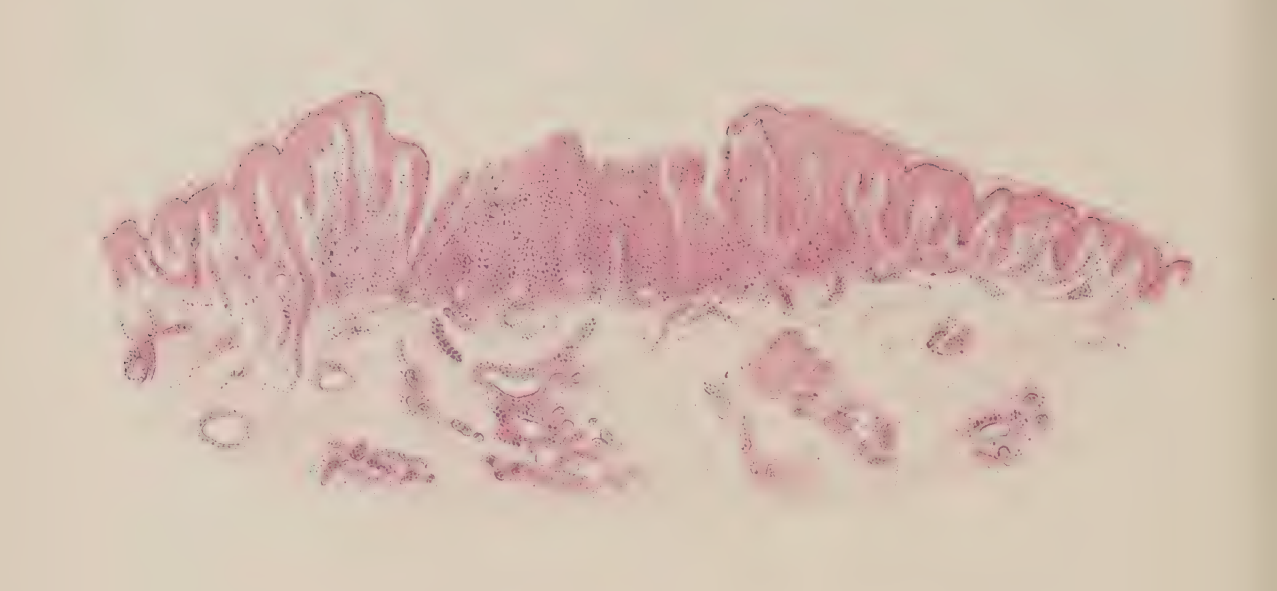
Ich möchte hiernach mit einem definitiven Urtheil über die Bedeutung der, wie ich glaube, hinlänglich geschilderten Fasern nicht abschliessen, zumal ich mir wohl bewusst bin, dass die Injectionsversuche noch nicht in genügender Anzahl gemacht sind; ich bin zur Zeit noch mit denselben beschäftigt. Trotzdem habe ich geglaubt, die vorstehende Schilderung, da die Gebilde bislang unbekannt zu sein scheinen, der Oeffentlichkeit übergeben zu sollen.

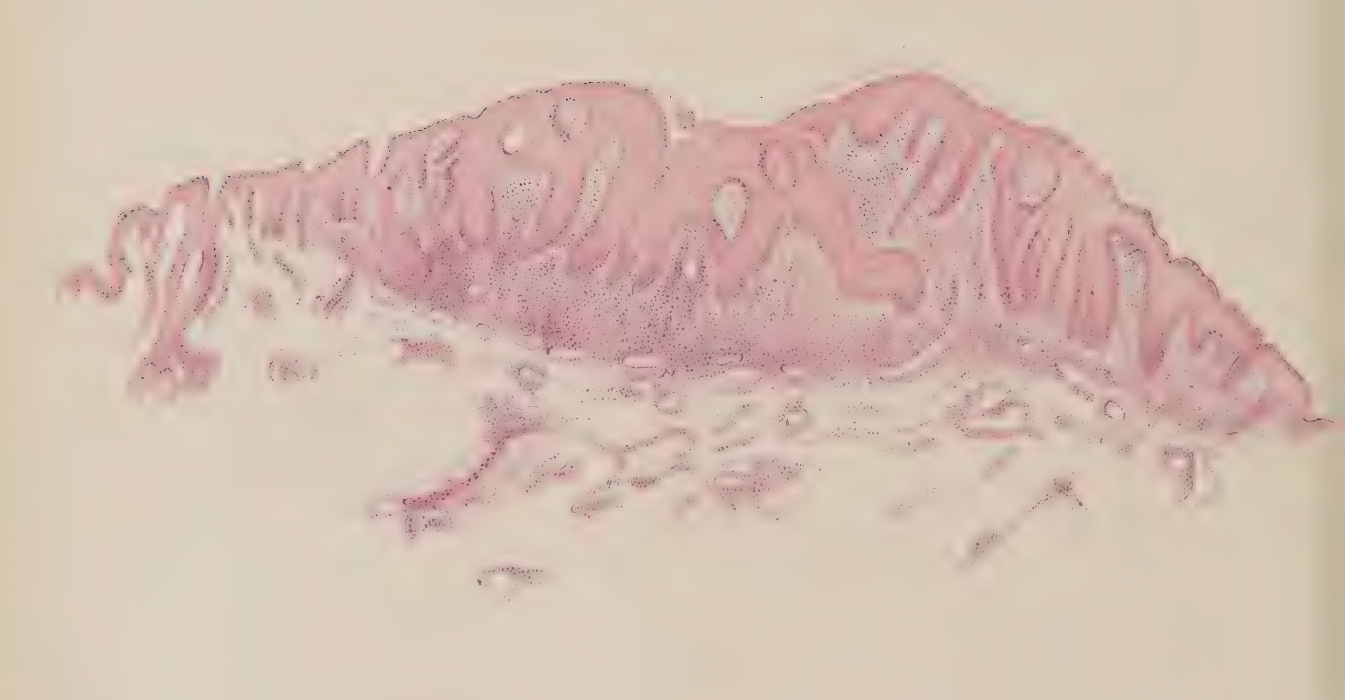
Vorstehende Untersuchungen sind im Senckenberg'schen Institut in Frankfurt am Main vorgenommen worden.

Erklärung der Abbildungen:

Fig. 1: Spitzes Papillom. e = Epidermis. p = Papille. Vereinzeltes Auftreten der Fasern. Doppelfärbung.

Fig. 2: Spitzes Papillom. e = Epidermis. p = Papillen. Büschelform der Fasern. Doppelfärbung.





du Mesnil: Impetigo herpetiformis.

Ueber „Impetigo herpetiformis“.

Von

Dr. Theodor du Mesnil,
Assistenten der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Würzburg

und

Cand. med. Karl Marx,
Coassistenten an derselben.

(Hiezu Tafel XVIII.)

In neuester Zeit hat sich die Literatur über die Impetigo herpetiformis ausserordentlich gehäuft, und es sind in der Casuistik eine Reihe von Fällen veröffentlicht worden, die entschieden wohl einer anderen Krankheitsgruppe angehören dürften. Man hat sogar versucht, das klinisch fest umrahmte Bild der Impetigo herpetiformis theils zu erweitern, theils als ein selbstständiges vollkommen zu beseitigen und die in Frage kommende Erkrankung unter die Classe der sogenannten Dermatitis herpetiformis einzureihen, eine Krankheitsgruppe, deren Erschaffung und Präcisirung bekanntlich ein Verdienst Duhring's ist. Daher verlohnt es sich vielleicht, die hierher gehörige Literatur kritisch zu sichten und ein Wort für die Erhaltung des eigenthümlichen Krankheitsbildes der Impetigo herpetiformis an der Hand eines neuen Falles einzulegen.

I.

Im Jahre 1872 hat Hebra in der „Wiener medicinischen Wochenschrift“ [1]) unter dem Titel: „Ueber einzelne während der Schwangerschaft und bei Uterinalkrankheiten der Frauen zu beobachtende Hautkrankheiten“ eine Abhandlung über eine Form von

---

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1872, Nr. 48.

Exanthem geschrieben, welche er in Folge der Symptome, die diesen Namen zu rechtfertigen schienen, Impetigo herpetiformis nannte. Schon früher hatten Auspitz, Neumann und Geber Einiges über diese Erkrankung unter anderem Namen veröffentlicht, die Ersteren gaben jedoch nur die charakteristischen Symptome an, während Geber nur den beobachteten Fall beschrieb, ohne für die Charakteristik Wesentliches zu bringen. Den Symptomencomplex, der von Hebra als für die Impetigo herpetiformis eigenthümlich angesehen wird, präcisirt derselbe dahin, dass gleich beim Entstehen mit Eiter gefüllte Bläschen, d. h. Pusteln, auftreten, die kreisförmig gruppirt, peripher sich ausbreiten. Diese krankhafte Proruption an der Decke (von Hebra in fünf Fällen bei Schwangeren und Wöchnerinnen beobachtet) begann an der Innenfläche der Oberschenkel in kreuzergrossen Gruppen oder vereinzelten stecknadelkopfgrossen Pusteln, die sich durch Nachschübe in der Peripherie zu Kreisen oder irisartigen Zeichnungen heranbildeten. Der Ausschlag verbreitete sich über Bauch, Unterschenkel, Brust, Ober- und Vorderarme, Hände und Füsse, zuletzt auch über Nacken, Hals und Gesicht und liess sogar die behaarte Kopfhaut nicht frei. Dabei bestand intensives Fieber, trockene Zunge, grosse Prostration. In der Folge traten in drei Fällen weitere Nachschübe auf, die zum Tode führten, während bei den andern beiden die Eruptionen sich secundär veränderten; ein Theil der Efflorescenzen vertrocknete, und unter der abgefallenen dicken Borke kam gesunde Haut zum Vorschein, die meist über die Norm pigmentirt war; an anderen Stellen, besonders an den Gelenkbeugen, wurde die epidermidale Pusteldecke zu einem grauen, stinkenden Brei erweicht, welcher einer rothen, nässenden Basis auflag, ohne dass es zu Ulcerationen oder tieferen Substanzverlusten gekommen wäre.

Auch von diesen beiden Fällen kam der eine ad exitum letalem, während bei dem anderen, allerdings erst nach verschiedenen Recidiven, die jedesmal durch Schüttelfröste und mässiges Fieber eingeleitet wurden, Heilung erfolgte.

Da das vorstehende Krankheitsbild von Hebra nur bei Frauen beobachtet wurde, die im letzten Schwangerschaftsmonat oder im Puerperium sich befanden, so glaubte der Autor als Ursache der Impetigo eine krankhafte Veränderung im Genital-

apparat des Weibes annehmen zu müssen, jedoch wurde bei der Section eines ad exitum gekommenen Falles nichts Wesentliches gefunden, was diese Ansicht hätte stützen können.

Ein weiterer Fall wurde von Geber im Wiener Krankenhause beobachtet[1]), dessen Symptomencomplex so genau mit dem von Hebra beschriebenen Krankheitsbilde übereinstimmt, dass ein Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose wohl nicht aufgeworfen werden kann.

Fügt man diesen Krankengeschichten noch die Charakteristik hinzu, wie sie Kaposi[2]) und Behrend[3]) zum Theil anschliessend an Hebra's Worte in ihren Lehrbüchern geben, so wird das Bild dieser seltenen Hautkrankheit ein ziemlich klares. Aus derselben ist hervorzuheben, dass in einem Falle die Zunge linsen- bis kreuzergrosse, circumscripte graue, im Centrum deprimirte Plaques zeigte, die nach Abstossung des sie bedeckenden macerirten Epithels einen intensiv rothen excoriirten Grund aufwiesen, und dass ferner in einem der sechs ad mortem gekommenen Fälle bei der Obduction eine Endometritis und Peritonitis gefunden wurde.

Mit Ausnahme eines von Bärensprung schon früher in seinem Atlas der Hautkrankheiten als eine Art von Herpes circinatus[4]) abgebildeten Falles und ferner eines zweiten, der von Auspitz unter der Diagnose Herpes vegetans[5]) veröffentlicht ist, wurden alle bis zum Anfang der Achtziger Jahre in Deutschland publicirten Fälle in der Hebra'schen Klinik beobachtet; hatten auch die Verfasser zum Theil andere Namen für dasselbe Leiden gewählt (Neumann: Herpes pyaemicus s. puerperalis und Auspitz: Herpes vegetans), so nahmen sie doch später den Namen „Impetigo herpetiformis" für ihre Beschreibungen an. Dass diese Fälle ebenfalls den Namen Impetigo herpetiformis verdienen, ist wohl über allen Zweifel erhaben. Andererseits ist es aber auch nicht unmöglich, dass einige der unter diesem Namen veröffentlichten Fälle nicht mit Recht unter demselben einhergehen, viel-

---

[1]) Bericht des k. k. allg. Krankenhauses zu Wien 1872, p. 310 seqq.

[2]) Lehrbuch der Hautkrankheiten 1872.

[3]) Die Hautkrankheiten 1879, pag. 243.

[4]) Atlas der Hautkrankheiten. Erlangen 1867.

[5]) Arch. f. Derm. u. Syph. 1869, pag. 246.

mehr eine Verwechslung mit Pemphigus circinatus[1]), resp. Erythema multiforme vesiculosum et Herpes Iris et circinatus[2]) (nach dem Urtheil Kaposi's) vorgelegen haben mag.

So klar also auch Hebra[3]) das Bild der Impetigo herpetiformis vorgezeichnet hatte, so scheint doch seine Schilderung für die Dauer nicht genügt zu haben, um jenes Leiden allgemein als selbstständiges Krankheitsbild bestehen zu lassen und „allseitig die Vorstellung von der Eigenart dieser Krankheit lebendig zu erhalten".

So hat es Duhring in einer Reihe von Aufsätzen[4]) versucht, die Impetigo herpetiformis als eine blosse Variante, und zwar die pustulöse („a pustular variation") seiner Dermatitis herpetiformis hinzustellen. Diese Dermatitis herpetiformis ist aber von Duhring selbst nichts weniger als scharf charakterisirt, vielmehr ein Conglomerat verschiedener Krankheiten.

Es sind nun von Duhring mehrere Fälle veröffentlicht, welche das Krankheitsbild der Dermatitis herpetiformis, in Sonderheit die pustulöse Variation derselben, rechtfertigen sollen.

So lesen wir im „Journal of cutaneous and venereal diseases"[5]) von einem 27jährigen ledigen Dienstmädchen, dass bei demselben an der Beugeseite der Vorderarme ein heftiges Jucken aufgetreten sei, zu dem sich am zweiten Tage „Wasserbläschen" gesellten. In drei bis vier Wochen war der ganze Körper mit dem Ausschlag bedeckt, nur der behaarte Kopf, Ohren, Brüste Hände und Füsse blieben frei. Das Exanthem war charakterisirt durch stecknadelkopf- bis erbsengrosse, über das Hautniveau erhabene Bläschen, die eine wässerige Flüssigkeit enthielten; sie

---

[1]) Arch. of Derm. 1878. Jan (Fall von Heitzmann beschrieben).

[2]) Wiener med. Blätter 1886, a) Nr. XX, b) Nr. XXVII.
a) Fall von Pataky,
b) Fall von Schwarz (Pemphig.).

[3]) Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887, pag. 273: Impet. herpet.

[4]) „Dermatitis herpetiformis, its relation to so called Impetigo herpetiformis"; The Americ. Journ. of Med. Sciences; October 1884.

[5]) Journ. of cut. and ven. dis.; New-York, August 1884, Vol. II, Nr. 8: „Case of dermatitis herpetiformis, illustrating in particular the pustular variety" (Impetigo herpetiformis of Hebra) by L. A. Duhring, Prof. of skin diseases in the Universit. Pennsylvania.

standen in Gruppen beisammen, ohne jedoch eine specifische Form der Configuration darzubieten. Die Krankheit blieb in einem fast constanten Eruptionsstadium; die Pausen dauerten nie länger als 14 Tage. Ein Jahr später erfolgte ein neuer Ausbruch von vollständig pustulösem Charakter und von kurzer Dauer; der dritte Ausbruch zeigte Bläschen und Blasen, ganz zuletzt ging die Krankheit wieder in das pustulöse Stadium über, indem an Stelle der Bläschen und Blasen, die beinahe constant zwei Jahre bestanden hatten, distincte Pusteln auftraten. — Der Status praesens bot pustulösen Typus bis ins kleinste Detail. — Die Efflorescenzen breiteten sich nach der Peripherie aus, während im Centrum sich Krusten bildeten; ein tiefer rother Hof umgab die aus der Confluenz mehrerer Pusteln entstandene Läsion. Die Pusteln enthielten eine dünne, blassgelbliche oder weissliche Flüssigkeit und vertrockneten zu unebenen Krusten von grünlicher oder bräunlicher Farbe; dabei standen sie sowohl in Gruppen, als auch vereinzelt; zugleich juckte der Ausschlag in hohem Grade. — Der Charakter der Eruption veränderte sich später wieder in der Weise, dass jetzt von Neuem ein vollständig vesiculöser Typus sich darbot.

In der Folge wiederholten sich Ausbrüche von Bläschen oder Papeln, manchmal auch von Pusteln, nachdem lange keine Pusteln mehr aufgetreten waren. Die Patientin blieb während der Schwangerschaft unbehelligt von ihrer Hautkrankheit. Nach vier bis fünf Jahren entzündete sich auch die Schleimhaut des Mundes und der Augen, an welcher die gleiche Eruption, wie auf der Haut, auftrat. An Labien und Vagina nichts Abnormes. Die Eruption war besonders stark am Rücken und an der Beugeseite der Extremitäten. — Die Therapie war ohne Erfolg oder nur von temporärem Nutzen; sie bestand in den bei Hautkrankheiten allgemein üblichen Mitteln: Arsen, Chinin u. dgl., auch Quecksilberpräparate wurden versucht.

Duhring hält diesen seinen Fall für die „pustular variety of the dermatitis herpetiformis (Impetigo herpetiformis of Hebra)“.

Im „Journal of cutaneous and venereal diseases“ vom Jahre 1884[1]) schlägt Fox den Namen „Dermatitis multiformis“ vor

[1]) Journ. of cut. and ven. dis. Dec. 1884, Vol. II, Nr. 12, p. 358.

für eine Hautkrankheit, welche er durch die folgende Krankengeschichte illustrirt.

Bei einer 33jährigen Witwe, die mit 29 Jahren geboren hatte, trat ein dichter, erythematöser Ausschlag am ganzen Körper auf, der sich nach acht Wochen zu einem Bläschenexanthem umwandelte, bei welchem während der folgenden zwei Monate neue Nachschübe auftraten. Die Therapie bestand in Arsen und leistete gute Dienste. Die Haut war nach der Abheilung stark pigmentirt, an Stelle der früheren Bläschen befanden sich weisse Narben; charakteristisch war die Ringform der Ausbreitung und die Blaseneruption bei jeder Menstruation.

Noch andere Namen begegnen uns in der Literatur für Krankheitsbilder, die einen ähnlichen Symptomencomplex zeigen, wie die Impetigo herpetiformis.

So hält Sherwell[1]) den Namen „Dermatitis necrogenica“ für passend, da sie nur bei Schwangeren vorkomme, und ist in Beziehung auf die Aetiologie der Meinung, dass die Erkrankung durch eine Resorption septischer Stoffe von Seiten der Bauchhöhle aus einer durch Salpingitis verklebten Tube, oder durch Retention der Placenta zu Stande käme.

Schon vor ihm hatte Piffard[2]) constatirt, dass in den Fällen, die er beobachtet, die Krankheit mit Urticaria an den Ellenbogen begonnen habe, und dass sich dann Knötchen, Bläschen, Pusteln und Blasen im Gesicht entwickelten, die jedoch niemals gejuckt hätten; dabei wird die Aehnlichkeit mit Pemphigus besonders betont. Was die Aetiologie der Erkrankung anlangt, so vermuthet der Autor, wegen der heftigen begleitenden Schmerzen, dass es sich um einen nervösen Ursprung handle; für das Auftreten der Pusteln jedoch nimmt er einen septisch-metastatischen Process an, dessen Ursache er aber nicht zu finden vermag.

Im folgenden Jahre berichtete Brooke[3]) von vier Fällen der Dermatitis herpetiformis, die zu gleicher Zeit bei vier verschiedenen Schwangerschaften auftraten; die Kinder waren stets gesund; das Leiden war charakterisirt durch Gruppen von Bläschen, die

[1]) Journ. of cut. and ven. diseas. Dec. 1884, Vol. II. Nr. 12, p. 359.
[2]) Journ. of cut. and ven. dis. Dec. 1884, Vol. II, Nr. 12, p. 358.
[3]) Brit. Med. Journ. 1885, 23. Mai.

in Eiterung übergingen und eine wunde Haut zu Tage treten liessen; es breitete sich durch Nachschübe um die alten Efflorescenzen nach der Art eines Gyrus aus; der Ausschlag juckte stark und ging mit Frost und Fieber bei jeder neuen Eruption einher.

Dass die Erkrankung auch bei männlichen Individuen vorkomme, betont besonders Robinson,[1]) der Gelegenheit hatte, dieselbe bei einem 10jährigen Jungen zu beobachten. Bei diesem begann das Leiden, nachdem drei Jahre vorher ein Ausschlag aufgetreten war, der jedoch nach einigen Monaten wieder verschwand, an den Fussknöcheln mit der Eruption von hellen Blasen, die sich allmälig über den ganzen Körper verbreiteten; Fusssohlen und Handteller, ebenso wie die Schleimhaut der Mundhöhle, waren frei geblieben. Dazu waren Bläschen und Papeln, nebst kleinen, hochrothen Flecken aufgetreten, die zum Theil in Gruppen standen, zum Theil isolirt auf entzündeter und infiltrirter Basis sich befanden. Diese Efflorescenzen breiteten sich in die Peripherie nach Art eines „Ringworms" aus, wobei die centralen Partien abblassten und sich wieder in normale Haut umwandelten. Dabei wurde eine charakteristische Confluenz der Eruptionen beobachtet, um die sich theilweise ein rother Hof gebildet hatte, an dessen Peripherie sich kleinste Bläschen befanden. — Mit Zurücklassung der Pigmentirungen schwand der Ausschlag unter Arsenbehandlung, um jedoch schon nach drei Monaten, diesmal nur an der Innenfläche der Oberschenkel und am Scrotum, wiederzukehren.

In derselben Zeitschrift, in der die vorstehende Beobachtung veröffentlicht wurde, finden wir ferner einen Fall, den Taylor[2]) als ein Beispiel der Hydroa bulleux oder der Dermatitis herpetiformis Duhring's mittheilt. Derselbe betrifft einen 29jährigen Arbeiter, T. Bush, starken Alkoholiker, der wegen seines heftigen Hustens ärztliche Hilfe suchte. Die Untersuchung ergab hochgradige Cyanose, Dyspnöe, einen schnellen, unregelmässigen Puls, Oedem der Füsse, Herzhypertrophie, Rasseln über der ganzen

[1]) Journ. of cut. and ven. dis. 18—, Vol. II, Nr. 1, pag. 1: „Hydroa, Impetigo herpetiformis, Dermatitis herpetiformis by A. R. Robinson MD. (mit Illustrationen)".

[2]) Journ. of cut. and ven. dis. April 1886. Vol. IV, Nr. 4; Taylor, R. W., MD. „A Contribution to our knowledge of the Hydroa bulleux of Bazin and of the dermatitis herpetiformis of Duhring."

Lunge, der Urin enthielt Eiweiss in beträchtlicher Menge. Vier Tage nach der Aufnahme trat beim Patienten eine stark juckende Herpeseruption am Nacken und hinter den Ohren auf, die später Bläschen, und durch Confluenz derselben Blasen bildete und auch auf Gesicht, Handgelenk und Handrücken überging. Nach einigen Tagen, während welcher Patient häufig delirirte, zeigte sich in einzelnen der geborstenen Blasen eine milchige Flüssigkeit, die eintrocknete und einen gelblichen Schorf gab. Nach ungefähr fünf Wochen heilte die Hautaffection fast ganz ab, doch starb Patient in Folge der Eingangs erwähnten schweren Complicationen. Robinson betont ausdrücklich, dass keine Papeln und Pusteln vorhanden gewesen seien, und glaubt, dass sein Fall verwandt sei mit dem von Wilson als Herpes circinatus bullosus, von Hardy als Pemphigus pruriginosus, von Milton wie von Bulkley als Herpes gestationis, von Chaush als Pemphigus aigu pruriginosus, von Devergie als Pemphigus composé, von Rayer als Pemphigus circinatus, von Gibert als Herpes phlyctaenodes, von Klein als Pemphigus und endlich von Hebra als Impetigo herpetiformis beschriebenen.

In der neueren amerikanischen Literatur ist des Weiteren ein Aufsatz Bronson's[1]) enthalten, der ebenfalls einen Fall von Dermatitis herpetiformis zum Thema hat. Es handelt sich um einen 37jährigen Mann, bei dem seit fünf Jahren papulöse Efflorescenzen bestanden, die auf den Haarfollikeln zu sitzen schienen, in Gruppen beisammen standen und stark juckten; sie verwandelten sich später in Bläschen von der Grösse eines halben bis 3 Mm., hie und da auch fingernagelgrosse Blasen bildend. Die Anordnung der Efflorescenzen in Ringform war besonders ausgeprägt an den Lenden und den Nates, während Hände und Füsse vollständig verschont geblieben waren. Der Harn enthielt keinen Zucker im Gegensatz zu den beiden von Sherwell beschriebenen Fällen, in deren Urin derselbe nachgewiesen wurde. Therapie: Arsen mit gutem Erfolg.

Einen ausgeprägten Fall von Impetigo herpetiformis be-

---

[1]) Journ. of cut. and ven. dis. November 1886, Vol. IV, Nr. 4, pag. 340. Society Transactions 165. Sitzg. Bronson: „A Case of dermatitis herpetiformis."

schreibt Zeisler[1]); bei dem betreffenden 28jährigen Patienten traten zuerst Halsschmerzen auf, dazu gesellte sich ein Wundwerden der Lippen, die sich dann mit Krusten bedeckten. Die Genitocruralgegend war stark geröthet, nässend und bot das Aussehen breiter Condylome; später traten Pusteleruptionen auf, der Harn war frei von Eiweiss und Zucker. Patient starb an Peritonitis. Die Therapie bestand in Jodoformpulver und Wasserbad.

Duhring selbst beschreibt dann ferner die pustulöse Form der Dermatitis herpetiformis, die er bei einem 50jährigen Irländer beobachtete.[2]) Charakteristisch waren die Pusteln, der rothe Hof, die zurückbleibende Pigmentation, die Nachschübe. Der Ausschlag juckte zeitweise und bot nach einigen Wochen die Form des Herpes circinatus. — Patient entzog sich damals der Behandlung, stellte sich nach fünf Jahren wieder vor und wurde damals mit einer Schwefelsalbe behandelt.

Zwei weitere Fälle typischer Dermatitis herpetiformis finden sich im New-York Med. Journal von Duhring mitgetheilt.[3])

Der erstere betrifft einen 22jährigen Mann, bei dem die Krankheit zwei Jahre vor der Veröffentlichung des Falles mit Bläschen und Blasen begonnen hatte, dann hatte sich ein Ausschlag aus Bläschen, Blasen und Pusteln gebildet und Pigmentation an den abgeheilten Stellen hinterlassen. Die Ausbreitung geschah in Ringform, starkes Jucken war stets vorhanden.

Der zweite Fall wurde bei einer 25jährigen Patientin beobachtet, bei welcher seit fünf Monaten eine erythematöse Entzündung mit geringer Blasenbildung bestand und sehr heftiges Jucken verursachte; später bildeten sich Bläschen, Blasen und Pusteln. Charakteristisch waren die Nachschübe, schmutzig-gelbe Pigmentation blieb zurück. Die Therapie bestand in Arsen. Heilung wurde nicht erzielt.

Alle diese von den Amerikanern beobachteten und hier im Auszuge kurz mitgetheilten Fälle gehören in das Gebiet der Der-

---

[1]) Vortrag, gehalten in der Section für Dermatologie und Syphilis. IX. internationaler Congress zu Washington. (Monatsh. f. prakt. Derm., 1887, pag. 950.)

[2]) Med. News. März 1887. (Monatsh. f. prakt. Derm. 1887, pag. 670.)

[3]) The New-York Med. Journ. April 1887. (Monatsh. f. prakt. Derm. 1887, pag. 671.)

matitis herpetiformis Duhring's, als deren „pustular variation" Letzterer die Impetigo herpetiformis Hebra's ansieht.

Wir haben im Anfang dieser Arbeit erwähnt, dass Duhring, als er zuerst versuchte, die Impetigo herpetiformis als die pustulöse Variation der Dermatitis herpetiformis hinzustellen, selbst die letztere Krankheit nichts weniger als scharf charakterisirt habe. Dies soll in einem vor der American Dermatological Association im Jahre 1887 gehaltenen Vortrage geschehen.[1]) Duhring hebt darin als Hauptcharacteristicum die Polymorphie des Exanthems bei der Dermatitis herpetiformis hervor, dessen typische Form sich in der Production von Bläschen, Blasen und Pusteln zeige, und zwar prävalire bei gleichzeitigem Vorhandensein aller Formen stets die vesiculöse.

Ausführlich gibt Duhring die Characteristica jeder einzelnen Eruptionsform an; doch sind für uns nur die der pustulösen von Wichtigkeit. „Die Pusteln", sagt Duhring, „sind entweder wie die Bläschen, klein und zahlreich, wie eine miliare Eruption auftretend, oder sie sind von Erbsengrösse und grösser, in letzterem Falle zugleich spärlicher. Die miliaren Eruptionen sind flach, gelblich oder weiss, erheben sich auf unregelmässig gestalteten oder kreisförmigen Flecken und verleihen zuweilen der Oberfläche ein Aussehen, als wäre sie mit Punkten oder Knötchen besäet. Sie sind im Allgemeinen isolirt; die grösseren Pusteln haben einen Entzündungshof.

Der Ausdruck „herpetiform" soll mehr als einen Begriff in sich schliessen; er soll auf mehrere Modificationen von Efflorescenzen deuten, die in ihrer Form ganz verschieden sind. Merkwürdiger Weise geht aber Duhring über eine Auseinandersetzung darüber, inwiefern die Impetigo herpetiformis als pustulöse Variation der Dermatitis herpetiformis (wie er sie früher selbst bezeichnet hat) zu Recht besteht, mit den Worten hinweg, dass „diese Krankheitsformen (er meint zugleich die Hydroa einiger Autoren) nicht genügend erörtert werden können, ohne ein detail-

---

[1]) „Ueber die Diagnose der Dermatitis herpetiformis." Vortrag, gehalten vor der Americ. Dermatolog. Association am 1. September 1887 von Duhring, übersetzt von Dr. Lier. (Monatsh. f. prakt. Derm. von Unna, 1888. Nr. IV.)

lirtes Eingehen in dieselben, und es daher am besten erschien, sie hier gar nicht zu berühren."

In den im gleichen Jahr erschienenen späteren Nummern der „Monatshefte für praktische Dermatologie" finden sich noch einige Fälle der Dermatitis herpetiformis angeführt.

So berichtet Duhring[1]) selbst über einen solchen, der dem Erythema multiforme ausserordentlich ähnelte. Der Charakter war papulo-vesiculär und vesiculär.

Ferner wird ein von Szadek[2]) beobachteter Fall erwähnt, bei dem ein dicht gedrängtes, pustulöses Exanthem die ganze rechte Körperhälfte des Patienten bedeckte; dasselbe bestand aus Blasen, die unregelmässige Gruppen bildeten; die Ausbreitung ging vom Centrum aus, blieb beschränkt auf eine Körperhälfte und stand plötzlich still. Die Bläschen trockneten ein, während in der Peripherie neue, mit infiltrirtem Hof umgebene entstanden, die hie und da confluirten.

Auch Unna berichtet,[3]) einen Fall Besnier's gesehen zu haben, der insbesondere den nervösen Charakter, das begleitende Jucken, die beständigen Recidive, die Wandelbarkeit der äusseren Form aufs Deutlichste zeigte; und schliesslich wird bemerkt,[4]) dass in der Dermatological Society zu New-York (179. Sitzung) Dr. Elliot für Dr. Bulkley einen Fall der Dermatitis herpetiformis vorgestellt habe, der durch Gruppen kleiner Bläschen auf leicht erhabener und gerötheter Basis, sowie starkes Jucken ausgezeichnet gewesen sei.

Erwähnt sei noch ein Patient Dr. Allens,[5]) der an ähnlichem Leiden litt, welches wiederholt als Prurigo diagnosticirt worden war; nach gemachter Circumcision (Patient litt zugleich an einer Phimose) verschwand der Ausschlag von selbst, kehrte aber später in Gestalt von Bläschen und Pusteln wieder.

---

[1]) Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 6. Duhring, „Ein Fall von Dermatitis herpetiformis, der dem Erythema multiformis ähnelte". (Med. Record, 2. April 1887.)

[2]) Daselbst Nr. 7. Szadek. „Fall von Dermatitis herpetiformis." (Petersburger Wochenschr. 1886, Nr. 52.)

[3]) Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 13.

[4]) Daselbst Nr. 18, pag. 945.

[5]) Daselbst Nr. 18, pag. 946.

Zwei weitere Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring's finden sich, von Dr. Tenneson und Gaston Lyon am Hôpital Saint Louis beobachtet, in den Annales de Dermatologie et de Syphilographie 1888, Heft 5, beschrieben. Indem wir in der Literatur etwas vorgreifen, müssen wir hier noch zweier Fälle der Dermatitis herpetiformis gedenken, die von Dr. A. Blaschko beobachtet sind.[1]) Der erstere betrifft eine 26jährige Frau, bei der schon vor $2^1/_2$ Jahren im Anschluss an das Wochenbett, 14 Tage nach der Geburt, an Arm, Brust, Bauch, Gesicht, später auch an den Oberschenkeln stark juckende Flecken und Wasserbläschen aufgetreten waren, die theils in Gruppen, meist aber einzeln standen. In späteren Stadien hatten sich auch Pusteln gebildet, und war nach circa zwei Monaten spontane Heilung eingetreten. Der gleiche Ausschlag trat darauf im Frühjahr 1888 drei Tage nach einer Uterusauskratzung bei der Patientin wieder auf und gelangte zur Heilung, indem Pigmentation zurückblieb, die Therapie bestand in Sol. Fowleri.

In dem zweiten Fall handelte es sich um einen 34jährigen Mann, bei dem das Leiden an den Kniekehlen begann; dort entstanden stark juckende, handtellergrosse, rothe Flecken und Bläschen. Nach der Heilung der alten, die in circa 14 Tagen erfolgte, blieb Pigmentation zurück, und es traten ähnliche Exantheme auch sonst am Körper auf. Einige Blasen confluirten. Arsenbehandlung führte zur Heilung.

Sollen wir nun auch die Hebra'sche Impetigo herpetiformis als eine Unterabtheilung der Duhring'schen Dermatitis ansehen und sie als eine Pustularvariation dieser Classe von Erkrankungen rubriciren? Die Antwort gibt uns in trefflichster Weise ein Aufsatz von Brocq.[2]) Der Verfasser tritt energisch für die Selbstständigkeit der Hebra'schen Impetigo herpetiformis ein; das charakteristische Eruptionselement sei eine Pustel, die zu einer Kruste eintrocknet, während in der Peripherie ein Kranz neuer Pusteln aufschiesst, wobei die Tendenz zu peripherischem Wachsthum nicht zu verkennen ist. Letzteres sei zwar auch zuweilen bei Fällen der

[1]) Berliner klin. Wochenschr. Nr. VI. (Monatsh. f. prakt. Derm. 1889, Bd. VIII, Nr. 7.)

[2]) Ann. de derm. et de syph. 1888, Nr. IX. „De la dermatite herpetiforme de Duhring" par Brocq.

Duhring'schen Dermatitis beobachtet, ausserdem fänden sich auch analoge Erytheme bei Ausbruch der Impetigo herpetiformis, wie bei der Dermatitis prurigineuse polymorphe chronique; aber die letztere ist, wie schon ihr Name sagt, durch den Polymorphismus ihrer Eruptionen charakterisirt, ist niemals ausschliesslich pustulös, immer von langer Dauer, ohne dass der Allgemeinzustand der Erkrankten eine tiefere Schädigung erlitte. — Die Impetigo herpetiformis hingegen ist eine exquisit pustulöse Erkrankung, und zwar von Anfang bis zu Ende durch Pusteleruptionen bedingt; das Allgemeinbefinden ist stets so stark beeinträchtigt, und der ganze Organismus so schwer afficirt, dass der Exitus letalis die Regel ist. Dabei ist der Verlauf ein acuter oder subacuter und die Krankheit vergesellschaftet mit Gravidität, Puerperium oder eitriger Peritonitis. Daher präcisirt Brocq seinen Standpunkt in dieser Frage dahin, dass er die Impetigo herpetiformis für ein selbstständig abgeschlossenes Krankheitsbild halte, das mit der Dermatitis herpetiformis nicht verwechselt werden dürfe, und weist zur näheren Orientirung auf die von Kaposi gegebene Charakteristik hin. Der Ansicht Brocq's müssen auch wir uns voll und ganz anschliessen, besonders wenn wir die einzelnen Punkte näher ins Auge fassen, deren Vorhandensein Kaposi in seiner Arbeit über die Impetigo herpetiformis[1]) zur Stellung der Diagnose dieser Erkrankung verlangt.

Verfasser schildert den ersten, bei einem männlichen Individuum beobachteten Fall der Impetigo herpetiformis.

Der Patient war ein 20jähriger Taglöhner, A. H., der zuerst wegen Intertrigo und Eczema scroti behandelt worden war. Die Krankheit hatte sich während einiger Tage von der Tiefe des Leistenbuges nach der vorderen und inneren Schenkelfläche und nach hinten gegen die Crena ani ausgebreitet und charakterisirte sich durch Röthung und mässige Schwellung der Haut, die stellenweise nässte, oder mit dünnen, lamellösen Krusten besetzt war, gegen die gesunde Haut der Nachbarschaft aber sich durch einen fingerbreiten rothen Saum scharf abgrenzte, auf welchem in mehrfachen Reihen, dicht gedrängt, hirsekorn- bis stecknadel-

---

[1]) Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887, 14. Jahrgang, pag. 273, Kaposi: „Impetigo herpetiformis" mit Abbildungen.

kopfgrosse, mit eitrigem Inhalt gefüllte Bläschen — Pustelchen standen.

Während der folgenden Tage, während welcher Zeit das Sensorium zeitweise benommen, die Reflexerregbarkeit herabgesetzt, wenn nicht ganz erloschen war, breiteten sich die charakteristischen Formen auch auf die Extremitäten aus, und trat zugleich Erbrechen einer galligen Flüssigkeit auf: der Harn zeigte Eiweiss in geringer Menge, relativ viel Indican. An den dem Druck ausgesetzten Stellen wurde die aus confluirenden Pusteln entstandene Decke abgehoben: hie und da waren Kratzeffecte wahrzunehmen. Später traten die gleichen Efflorescenzen auch vereinzelt an der Streckseite des Oberschenkels auf und ferner an Bauch, Schulter und in der Nabelgegend, indem sich die charakteristischen, kreisrunden, kirschkerngrossen Plaques mit centraler Borke, dem Pustelkranz und dem umsäumenden Hofe, bildeten.

Das Wachsthum geschah durch das peripherische kreisförmige Weiterschreiten des Pustelkranzes, wobei, wie schon erwähnt, im Centrum Borken entstanden. — Nach ungefähr einer Woche traten auf den älteren Excoriationen neue, stecknadelkopfgrosse Pusteln, „im Kreise, oder dicht gruppirt“ auf. Zugleich entstanden Nachschübe an der Innenseite beider Oberschenkel, im Penisscrotalwinkel, durch peripherische Ausbreitung der erythematösen Röthung, die nun mit stecknadelkopfgrossen Pusteln bedeckt war. Während dieser Zeit gesellten sich Symptome einer beginnenden Pleuritis dazu, Eiweiss- und Indicangehalt des Harns waren bedeutend vermehrt. Ferner trat im Gesicht und am Stamm eine Urticaria-Eruption auf, ebenso Erythem der Fusssohlen und des inneren Fussrandes, das sich in kurzer Zeit rückwärts bis zu den unteren Schulterblattwinkeln erstreckte. Auf der Haut des Gesichtes begann die Rückbildung des Processes, während noch Bauch- und Thoraxhaut vollständig occupirt waren. Patient musste schliesslich wegen drohendem Decubitus ins Wasserbett transferirt werden; am folgenden Tage waren alle Eiterpusteln, wie die Urticaria, verschwunden und nur noch eine rothe, der oberen Epidermisschicht beraubte Fläche zu sehen, an den Stellen, wo die einzelnen Plaques noch deutlich zu erkennen waren. Doch schon am nächsten Tage traten von Neuem grieskornähnliche, dicht gedrängte theils peripherisch stehende, zum Theil aber auch die Area der

früheren Fläche einnehmende Pusteln auf; besonders charakteristisch an den vom Wasser stets bespülten Partien. — Die Temperatur schwankte immer zwischen 37° und 39°; die Krankheit selbst war von stetem Jucken begleitet. Am folgenden Tage trat unter Collaps der Exitus letalis ein. — Die Obduction ergab ausser der Impetigo herpetiformis: Tuberculosis peritonei cum peritonitide purulenta; Ulcera impetiginosa oesophagi; Oxycephalia; Osteophytes ad superficiem internam cranii; Hydrocephalus chronicus.

An die Darstellung dieses Falles schliesst Kaposi eine Besprechung der Impetigo herpetiformis, die von grossem Interesse ist. Als die hervorragendste Erscheinung gibt er die „stetige, unter Fieberparoxysmen sich wiederholende Eruption von circinär fortschreitenden Plaques miliarer Pustelchen auf entzündeter Basis“ an. Besonders hebt er noch hervor die Erytheme, Urticaria und das heftige Jucken, ferner die Störungen der Hautinnervation, die tonischen und clonischen Krämpfe, das Erbrechen, die Tuberculose des Bauchfelles und die Verklebung der Rückenmarkshäute, die sich bei der Obduction ergab und die auf eine vorausgegangene Meningitis spinalis zurückgeführt werden musste.

Der Gedanke an einen pyämischen Process lag nahe und hat, wie Kaposi glaubt, auch Neumann zu dem Namen Herpes pyaemicus geführt, umsomehr, „als in der Gravidität und dem Puerperium der ausschliesslich von diesem Process betroffenen Personen anatomische Ursachen dafür am leichtesten supponirt werden konnten“. — Doch sind nur in drei, respective zwei Fällen Gründe für die Annahme eines pyämischen oder septicämischen Processes gefunden worden; in dem einen (die Patientin starb während eines Recidivs) Septicämie mit acuter Schwellung der Milz auf das Vierfache, aus jauchig-eitriger Endometritis, Oophoritis, Retrosalpingitis, Peritonitis entstanden. Kaposi constatirt ferner, dass bei den meisten der beobachteten Patienten ein vorgeschrittener Morbus Brightii vorhanden gewesen ist, der sich jedoch im Verlauf der Impetigo herpetiformis entwickelt zu haben scheint.

Es erscheint nun wohl nicht ohne Wichtigkeit, die besonderen Charaktere der wahren Impetigo herpetiformis, wie sie Kaposi in dem oben erwähnten Aufsatze gibt, kurz hier anzuführen. Nach ihm gehören zum Charakter derselben: 1. miliare,

primär als solche auftauchende, oberflächliche, d. i. Epidermoidalpustelchen; 2. dieselben erscheinen durchwegs, d. i. während des ganzen Verlaufes und an jeder Eruptionsstelle, in der gleichen Form und Weise; 3. sie sind stets in Gruppen und Haufen gestellt und 4. diese Efflorescenzen erscheinen in Nachschüben an der Randpartie eines älteren, confluirenden oder verkrustenden oder sich ablösenden Herdes in ein- und mehrfacher Reihe auf entzündlicher Basis, während im Centrum sofort oder nach kurzem Stadium des Nässens Ueberhäutung stattfindet und niemals Ulceration oder Narbenbildung". — Ausserdem sind noch als wesentliche Symptome anzuführen: 5. das ausschliessliche Vorkommen bei Schwangeren oder Puerperis; 6. das begleitende, durch Schüttelfröste markirte Fieber; 7. Gewisse Prädilectionsstellen (Genitocruralgegend, Mammae, Mundschleimhaut); 8. der letale Ausgang.

Vergleichen wir mit Vorstehendem die Bilder, wie sie uns jene von den Amerikanern als Dermatitis herpetiformis beschriebenen Fälle bieten, so müssen wir auch hier wieder zu der Ueberzeugung gelangen, dass zwar einzelne Symptome, wie die ringförmige Ausbreitung, die zurückbleibende Pigmentirung, das Fieber u. s. w. bei einzelnen Fällen der Dermatitis Duhring's vorhanden sind, dass dagegen die hauptsächlichsten Punkte, worauf sich die Diagnose stützt, fast bei allen fehlen, oder nur als nebensächlich erwähnt werden.

Wir halten also an der Impetigo herpetiformis als einer selbstständigen, wohlcharakterisirten Krankheit fest[1]) und wollen den bis jetzt in der Literatur bekannten Beobachtungen eine neue anfügen, die auf hiesiger Klinik für Hautkrankheiten gemacht wurde und dem von Hebra und Kaposi verlangten Symptomenbilde in prägnantester Weise zu entsprechen scheint.

II.

S. Margaretha, 30 Jahre alt, Schneidersfrau aus Uettingen, wurde am 25. Juli 1888 auf die Abtheilung für Hautkranke in das Juliusspital in Würzburg aufgenommen. Bei ihrem Eintritt gibt sie an, dass ihre Eltern gestorben seien; der Vater vor 25 Jahren an einem Lungenleiden,

[1]) Auch Ittmann (Die Dermatitis herpetiformis Duhring etc., Breslau 1887, pag. 32) constatirt, dass „die Dermatitis herpetiformis und die Impetigo herpetiformis verschiedene Krankheiten sind".

die Mutter vor 16 Jahren, 45 Jahre alt, an einem „Gewächs im Unterleibe, das vergesellschaftet gewesen sein soll mit einem Ausschlag“, ähnlich dem, wie ihn Patientin jetzt zeigt, und welcher zugleich am ganzen Körper Wunden verursacht habe. Die Erkrankung habe etwa sechs Wochen gedauert; in den letzten Tagen seien Blasen und Wunden auch im Munde aufgetreten, die die Nahrungsaufnahme zuletzt unmöglich gemacht hätten.

Patientin selbst überstand in ihrem 4. Lebensjahre die Masern, im 6. Jahre Scharlach; die Menses traten mit 13 Jahren ein und waren immer regelmässig. Vor 4 Jahren heiratete Patientin, vor 2½ Jahren gebar sie ein Kind, das lebt und gesund ist. Seit jener Zeit ist keine Gravidität wieder eingetreten, und waren die Menses immer ohne Störung. Patientin hat niemals abortirt.

Vor 14 Tagen traten nach Angabe der Kranken an Leib und Genitalien Blasen auf, die sich fortwährend vermehrten, ihr aber, abgesehen von geringem Brennen, keine Beschwerden verursachten; es seien dann öfter heftige Schüttelfröste dazugekommen, verbunden mit heftigen Kopfschmerzen und zeitweisem Erbrechen, der Appetit sei geschwunden, der Stuhlgang unregelmässig; auch beunruhige sie stark in der letzten Zeit häufiges Herzklopfen und Schlaflosigkeit.

Status beim Eintritt am 25. Juli 1888.

Patientin, von gracilem Körperbau, hat ein etwas anämisches Aussehen. Hautfarbe blassgelb, Panniculus sowie Musculatur schlecht entwickelt. Geringer Strabismus divergens, besonders des rechten Auges. An den äusseren Genitalien und den Genitocruralfalten ein Ausschlag, der sich charakterisirt durch eine mit schmierigen, theils graulich, theils bräunlich, theils grünlich- bis schwefelgelb aussehenden, sehr übel riechenden Massen bedeckte Fläche, deren Ränder unregelmässig begrenzt, sich scharf gegen die Umgebung absetzen und von einem intensiv rothen Hof umgeben sind, auf dem sich rings herum stecknadelkopf- bis linsengrosse, theils in Gruppen, theils isolirt stehende, gelbe Efflorescenzen befinden. Dieselben stellen sich theils als echte Pusteln mit rahmigem Inhalt und centraler Delle dar, theils machen sie den Eindruck luetischer, mit diphtherischem Belage versehener Papeln. Nach Entfernung der sehr übelriechenden Krusten und Detritusmassen tritt eine glänzende, mit klebriger Flüssigkeit bedeckte, hochrothe Fläche zu Tage, die das Aussehen eines Eczema madidans bietet. Gegen den Oberschenkel zu, ebenso wie am Abdomen und in der Kreuzbein-Lendenwirbelgegend befinden sich die gleichen Efflorescenzen, jedoch in geringerer Anzahl und mehr zerstreut, jedesmal von einem rothen Hof umgeben. Aehnliche Pusteln an Kniebeuge und Ellenbogen, an der Kinn-Halsbeuge, am Kinn und Mundwinkel, an dem einzelne schmerzhafte Rhagaden zu sehen sind. Starker Foetor ex ore; auf der Wangenschleimhaut einzelne bohnengrosse Plaques von unregelmässiger Begrenzung, mit grauweissem, stinkendem Belage bedeckt, nach dessen Entfernung eine

intensiv geröthete Schleimhaut zu Tage tritt. Auf der rechten Tonsille eine circumscripte, gelbe, detritusähnliche Masse von Linsengrösse. Inguinal- und Submaxillardrüsen geschwellt, schmerzhaft, sonst nirgends Drüsenschwellungen nachzuweisen. An den inneren Organen keine Abnormitäten. Urin eiweiss- und zuckerfrei, Temperatur 37·8, Puls 115, Körpergewicht 40·6 Kgr.

28. Juli. Unter Puderbehandlung sind die Pusteldecken und Beläge an den Genitocruralfalten und in der Inguinalgegend zu graugrünen Borken eingetrocknet; dagegen haben sich die Efflorescenzen in der Peripherie vermehrt; zugleich ist ein Gefühl von Kribbeln in den Händen und Zehen aufgetreten; Prüfung der Sensibilität, des Druck- und Temperatursinns, sowie der Reflexe ergeben normale Verhältnisse. Temperatur 37·9.

30. Juli. Patientin klagt über starke Kopfschmerzen, intensives Brennen im Munde; der Process an der Haut sowohl wie auf der Mundschleimhaut hat sich noch weiter verbreitet und erzeugt einen abscheulichen Geruch, der an den ulcerirender luetischer Papeln erinnert. Da der Ausschlag auf der Haut der Patientin starke Beschwerden verursacht, so werden protrahirte Bäder, in der Zwischenzeit ein Salbenverband verordnet. Zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken antiluetische Cur mit Hg und JK. Temperatur 37·8.

Der Process breitet sich allmälig immer mehr aus; hauptsächlich die Inguinalfalten mit dicken, grauweissen Plaques bedeckt. Ausserdem an Vulvarschleimhaut und den kleinen Labien ähnliche, sehr schmerzhafte Eruptionen, wie im Rachen. Temperatur schwankt zwischen 37·6 und 37·9. Die ältesten Efflorescenzen, die nicht confluirt sind, sind abgeheilt und haben einen braunrothen, im Niveau der Haut liegenden Fleck an ihrer Stelle hinterlassen.

10. August. Temperatur 38·2. Heftiger Kopfschmerz; etwas Benommenheit des Sensoriums; über Nacht sind, besonders entlang der Wirbelsäule, neue Pusteln aufgetreten. Harnmenge 800. Keine abnormen Bestandtheile. Fieber geht zurück. Subjectives Befinden gut. Seit einiger Zeit permanentes Bad tagsüber. Morphium. (Hg-Behandlung ausgesetzt.) Im Munde sind die gelblichen Plaques auch auf die hintere Pharynxwand übergegangen; Pinselung mit Acid. hydrobromic.

29. August. 9 Uhr Vormittags. Schüttelfrost. Temperatur 39·0. Starke Athemnoth, Angstgefühl, Puls klein, sehr beschleunigt, 140. Einziehung der unteren Thoraxpartien; Cyanose. Auscultatorisch und percutorisch normaler Lungenbefund. Zunge stark geschwellt, auf derselben einzelne Pusteln; Zungenränder excoriirt, sehr schmerzhaft (Lingua crenata). Auf dem ebenfalls intensiv gerötheten und geschwollenen Gaumen einige Pusteln. Kehlkopfuntersuchung nicht ausführbar. Ordination: Kampher subcutan, Eiscravatte, Eisstückchen.

6 Uhr Abends. Patientin ist wie im Schweiss gebadet. Temperatur 37·8. Athmung freier; Sensorium etwas benommen; Puls klein, weich, frequent. Ordination: Digitalispulver.

1. September. Rachenaffection wesentlich gebessert; an der Wangenschleimhaut ist vollständige Heilung eingetreten, ohne Hinterlassung irgend welcher Residuen. Patientin nimmt wieder etwas flüssige Speise zu sich, nachdem die Nahrungsaufnahme in den letzten Tagen wegen der Schmerzen beim Schlucken nicht möglich war. Körpergewicht 36·6 Kgr.

In den folgenden Tagen, während welcher Zeit Patientin sich permanent im Bade befindet, subjectives Befinden relativ gut. Der Process auf der Haut ist an den zuerst befallenen Stellen fast vollständig abgeheilt mit Zurücklassung intensiver, blaurother Pigmentirung. Auf dem Boden einzelner Efflorescenzen, so z. B. in der rechten Ellbogenbeuge, sind drusige Warzen von rauher Beschaffenheit emporgesprosst, die grosse Aehnlichkeit mit spitzen Condylomen haben. Der Pustelausschlag hat sich nunmehr beinahe über den ganzen Körper ausgebreitet. Temperatur 37·6.

6. September. Patientin wird im Bade plötzlich von Frost, Schwindel, Athemnoth, grosser Angst und allgemeiner Schwäche befallen, so dass sie zu Bette gebracht werden muss. Benommenes Sensorium, Delirien, Nystagmus, Erbrechen galliger Massen; tagsüber sechs blutige Stühle. Puls klein, weich 140. Temperatur 38·7. Ordination: Coffeïn.

7. September. Subjectives Befinden besser; Sensorium frei; Schmerzen im Munde. An der Wangenschleimhaut sowohl wie an der des Gaumens ähnliche papilläre Excrescenzen, wie in der Ellbogenbeuge, ebenso auf den Tonsillen, mit weisslichem Schorf bedeckt. Ebensolche an beiden inneren Augenwinkeln und den Nasenöffnungen. Stuhl wieder normal. Temperatur 37·9.

1 Uhr Nachmittags. Der Anfall vom 6. September wiederholt sich. Ordination: Morphium.

7 Uhr Abends. Erneuerter Anfall; Ordination: Morphium, Chloralhydrat.

8. September. Patientin hat die Nacht schlaflos zugebracht. Delirien, grosse Angst; Morgens starke Unruhe, choreaähnliche Zuckungen. Sensorium frei; plötzliche Hyperästhesie am ganzen Körper; Leibschmerzen, Nystagmus. Untersuchung des Augenhintergrundes ergibt keine Abnormitäten. Ordination: Natr. bromat. 1·0 10mal täglich.

In der folgenden Zeit tritt erhebliche Besserung ein. Patientin schläft viel.

19. September. An der Innenfläche der rechten Wange sind noch zahlreiche, unregelmässige, gelbliche Bläschen vorhanden; ebenso findet sich an der Berührungsstelle der oberen und unteren Backenzahnreihe ein eitriger Belag. — Am weichen Gaumen drei warzenförmige Gebilde von Erbsengrösse; Um-

gebung stark geröthet. Im Gesicht findet sich auf der rechten Wange, als Residuum einer früheren Eruption, wie sie oben beschrieben ist, ein braun pigmentirter, über das Hautniveau nur wenig hervorragender, etwa linsengrosser Fleck; ferner eine frische Eruption, die besteht aus einer über das Hautniveau erhabenen, hirsekorngrossen Pustel, welche aufgegangen ist und in ihrer Peripherie einen circa 1 Mm. breiten, gerötheten Hof zeigt. Aehnliche Eruptionen in der rechten Nasalfalte. Am Kinn sind viele Efflorescenzen obiger Art confluirt und bilden einen Ring, welcher mit Freilassung der mittleren Partien des Kinnes genau symmetrisch das untere Dritttheil des Gesichtes einnimmt. An der Halskinnbeuge, ferner am Hals und am ganzen Schultergürtel zeigen sich ebenfalls, ziemlich regelmässig vertheilt, ähnliche Bilder; jedoch ist an diesen fünfpfennig- bis markstückgrossen, mit jenem intensiv rothen Hof umgebenen Eruptionen theilweise der graugelbe Belag erweicht, theils fehlt er ganz und gar; an solchen sieht man vom Centrum der einzelnen Plaques aus die Regeneration zur normalen Hautdecke beginnen, so dass an vielen Stellen die Eruptionen in der Mitte eine Delle von normaler Haut zeigen, während die Peripherie ringförmig noch jenen eigenthümlich übelriechenden, gelben Belag zeigt. Sehr ausgesprochen finden sich derartige Efflorescenzen am Rücken und an den Beugeseiten der Extremitäten, ferner an der Halskinnbeuge, in der Nackenschulterbeuge, in der Achselhöhle, an den überhängenden Brüsten, in sehr intensivem Masse auf den Bauchdecken, wo sich jetzt das Bild in der Weise präsentirt, dass die früher beschriebenen, graugelben Massen sich abgestossen haben und an ihre Stelle normale Haut getreten ist, welche jetzt jedoch intensiv braunrothe Färbung zeigt. (Die Localisation ist genau dieselbe, wie bei den im Hebra'schen Atlas abgebildeten Fällen). Auffallend ist, dass an der Peripherie immerfort neue, frische Efflorescenzen auftreten und dass die Nabelgegend als eine Insel beinahe vollständig frei ist, während die sie begrenzenden Theile einen über handflächenbreiten Ring des Ausschlages um dieselbe bilden. Diese Efflorescenzen setzen sich fort auf die Genitocruralfalten, ferner auf die Schamlippen und auf die Oberschenkel, besonders auf die inneren, einander zugekehrten Flächen derselben, dann auf beide Ellbogenbeugen, wo an Stelle der Pusteln mehr jene schon oben beschriebenen Excrescenzen aufgetreten sind, die stellenweise so dicht bei einander stehen, dass ihr Anblick sich wohl mit der Oberfläche eines Frottirhandtuches vergleichen liesse. Von diesen Gebilden wurde eines behufs mikroskopischer Untersuchung excidirt. — Gleiche Efflorescenzen finden sich in beiden Kniegelenksbeugen und ferner an der rechten Fussunterschenkelbeuge. An der Streckseite localisirt sich der Ausschlag hauptsächlich entlang der Wirbelsäule, hier annähernd symmetrisch; auffallend ist die charakteristische Kreisform, in der sich die Pusteln an einander reihen und durch Confluenz jene eigenthümlichen Figuren bilden, die unter dem Namen der Formatio figurata, gyrata bekannt sind. Inguinaldrüsen bohnengross, schmerz-

haft; die übrigen Lymphdrüsen nicht geschwollen. — Subjectives Befinden bedeutend gebessert. Urin normal. Gewichtsabnahme bis jetzt 10 Pfund.

Der Allgemeinzustand der Patientin bessert sich von Tag zu Tag, hie und da treten noch einzelne neue Eruptionen auf, ohne Beschwerden zu verursachen. — Die am 28. September vorgenommene Untersuchung der Genitalien ergab auf der Schleimhaut der Vagina, zwischen den Carunculae und auf der Analschleimhaut einzelne ähnliche Plaques wie in der Vulva. Am Uterus keine Veränderungen. Patientin verlässt tagsüber einige Stunden das Bett. Eine frische Pustel in der linken Ellbogenbeuge, ebenso eine papilläre Excrescenz, die sich auf einer abgeheilten Pustel gebildet hatte, wird excidirt.

2. October. Auf der Excisionsstelle eine neue, grosse, schlaffe, mit eitrigem Inhalt gefüllte Impetigopustel.

24. October. Daselbst eine harte, über die Haut erhabene Narbe. Befinden der Patientin fortgesetzt gut.

10. November. Patientin zeigt ein gutes Aussehen, hat an Gewicht, im Vergleich zum Eintritt, 10 Pfund zugenommen; auf der Haut des ganzen Körpers, an Stelle des Ausschlages, eine schmutzig braunrothe Verfärbung der Haut, welche sich dadurch charakterisirt, dass das Centrum von intensiv brauner Farbe ist, während ein peripherer circa $\frac{1}{2}$ Ctm. breiter Ring von gelbbrauner Farbe dasselbe umgibt. Nirgends ist eine Erhabenheit über die Haut zu constatiren. Die papillären Excrescenzen haben sich von selbst wieder zurückgebildet; stellenweise sind die braunen Flecken, die im einzelnen Linsen- bis Markstückgrösse haben, zu handteller- bis fusssohlengrossen, diffusen Pigmentirungen confluirt, und zwar ist ein solcher Ring am Beckengürtel zu constatiren, der beide Inguinalgegenden, die Schamgegend, beide Glutäalgegenden und die Kreuzbein-, respective Lendenwirbelgegend einnimmt. Im Rachen normale Verhältnisse; die Menses, die seit Beginn der Erkrankung cessirten, sind wieder eingetreten.

Patientin wurde am 10. November 1888 geheilt entlassen.

Am 25. Mai 1889, also über ein halbes Jahr nach ihrer Entlassung, stellte die Patientin sich wieder vor; sie hat ein geradezu blühendes Aussehen, und gibt an, das Einzige, was von ihrer Krankheit zurückgeblieben, seien heftige Kopfschmerzen, die jedesmal zur Zeit der Periode aufträten. Auf der Haut sind die Pigmentirungen nur wenig abgeblasst, nur im Centrum derselben findet sich eine mehr gelbliche Verfärbung. Am Körper nichts Abnormes zu constatiren, abgesehen von einzelnen Ulcerationen an der Mundschleimhaut entsprechend den anliegenden Zahnreihen; dieselben sollen etwa seit 4 Monaten bestehen, seitdem die Menses cessiren (Patientin ist gravida im 4. Monat). — Ueber ein etwaiges Recidiv der Hauterkrankung am Ende der Schwangerschaft werden wir seinerzeit berichten.

Die am 20. September 1888 excidirten Hautstücke wurden in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet, in feinste Schnitte zerlegt, und mit Hämatoxylin gefärbt. Ein Uebersichtsbild des Befundes zeigen Taf. XVIII, Fig. I und Fig. II. Was zunächst das beiden Präparaten 1. der excidirten Pustel (Fig. I) und 2. der auf einer abgeheilten Pustel entstandenen Wucherung (Fig. II) Gemeinsame anbetrifft, so ist das vor Allem die scharf begrenzte und circumscripte, dichte, zellige Infiltration der oberflächlichsten Schichte des Coriums, besonders der Papillen mit harter, geradliniger Absetzung gegen die tieferen Lagen; ferner eine Erweiterung der Gefässe im Corium, die genau an den Theilen localisirt ist, die unter dem zelligen Infiltrat des Coriums sich befinden, ausserdem eine ziemlich stark ausgesprochene Perivasculitis (Verbreiterung und zellige Durchsetzung der Adventitia der Gefässe). — An den Schweissdrüsen konnten ebensowenig, wie an den Talgdrüsen, Veränderungen nachgewiesen werden.

Als drittes Moment in der Charakteristik des anatomischen Bildes ist die beiden Präparaten gemeinsame Wucherung der Epithelzapfen in der Tiefe, eine Verlängerung und Verbreiterung derselben, die in Fig. I (der dem Pusteldurchschnitt entsprechenden) nur auf die Peripherie beschränkt ist, da das übrige Epithel durch die Pustelbildung zerstört, respective entfernt wurde.

Das mikroskopische Bild der Pustel zeigt, abgesehen von den erwähnten mit den anderen gemeinsamen Eigenthümlichkeiten, trotzdem die Pusteldecke fehlt und der Inhalt bei der Präparation ausfiel, deutlich das Zustandekommen derselben dadurch, dass das zellige Infiltrat des Coriums auch den Papillarkörper und die tieferen Epithelschichten durchsetzt und dieselben gelockert hat, während die oberflächlichen, verhornten Epidermisschichten dem Vordringen des entzündlichen Exsudates Widerstand leisteten und dadurch abgehoben wurden.

Der Grund besteht aus jenem oben erwähnten, die Papillen durchsetzenden zelligen Infiltrat, an dem man eine Ueberkleidung mit Epidermis nicht mehr erkennen kann; dass trotzdem nach Abheilung der Pusteln eine vollständige Restitutio ad integrum ohne Bildung von Narben zu Stande kommt, ist daraus zu erklären, dass der Papillarkörper wohl zellig durchsetzt, aber im Uebrigen vollständig erhalten ist und von den Seiten her, wie

auch aus unserer Abbildung hervorgeht, eine Wucherung der Randepithelien den Geschwürsgrund zu überziehen sucht.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der papulösen, auf dem Pustelgrunde gewachsenen, Excrescenz fällt vor Allem die enorme Wucherung der Epithelzapfen auf, die hauptsächlich auf einer Hyperplasie der Stachelzellen beruht und ziemlich gleichmässig im Bereiche der zelligen Infiltration der Mucosa stattgefunden hat. Auch hier sind die Zapfen stark mit Rundzellen durchsetzt; an den Epithelzellen selbst konnte nichts Abnormes constatirt werden, auch nicht jene riesig aufgeblähten Kerne, die Neumann[1]) in einem „Schnitt durch eine an Impetigo herpetiformis erkrankte Haut“ demonstrirt. Von Veränderungen der Nerven- und der Lymphgefässe, abgesehen von Erweiterung der letzteren, konnten wir ebenfalls nichts entdecken, ebensowenig wie an den Schweissdrüsen, auf die wir besonders unser Augenmerk richteten, da die Patientin zuweilen von profusen Schweissen befallen wurde.

Ebenso wenig befriedigende Aufschlüsse über die Entstehung der Pusteln, als die mikroskopische Untersuchung, ergaben die unter aseptischen Cautelen angelegten Culturen aus dem Pustelinhalt, der eine grosse Zahl von Mikroorganismen enthielt. Ueber die Befunde kann kurz hinweggegangen werden, da nichts zu constatiren war, was auf ein specifisches Virus hätte schliessen lassen können.

Rein gezüchtet wurden der Staphylococcus pyogenes aureus und die gelbe Sarcine, welch letztere, da sie eine exquisite Aërobe ist und zu den Saprophyten gehört, entschieden von aussen her dem Impfmaterial beigemischt sein muss. Auch die andere Bacterienart ist ja ein so gewöhnlicher Befund im Pustelinhalt, dass irgend welche Bedeutung der Cultur desselben nicht beizumessen ist. — Die mit dem Pusteleiter vorgenommene Impfung hatte allerdings nach 48 Stunden eine mit hochrothem Entzündungshofe umgebene Pustel zur Folge, die jedoch, ohne weitere Erscheinungen zu veranlassen, vertrocknete und abheilte.

Die Patientin bot im Anfange ein derartiges Bild, dass be-

---

[1]) Neumann, Lehrbuch der Hautkrankheiten, 5. Auflage, 1880, pag. 267.

züglich der Diagnose Zweifel nur zu berechtigt erschienen; bot doch der Anblick der Kranken das Bild eines luetischen Exanthems, beziehungsweise diphtheritischer breiter Papeln, das noch vervollständigt wurde durch den fast specifischen Geruch, wie er den Condylomata lata eigen ist. Es wurde auch im Anfang daher nicht versäumt, Hg-Präparate in Anwendung zu ziehen. (Patientin erhielt mehrere Injectionen von Oleum cinerum 0·15 pro dosi), ohne dass jedoch irgend welche Veränderung zum Besseren sich bemerkbar machte. Zudem standen der Annahme einer luetischen Erkrankung sehr viele anamnestische Gründe entgegen, so unter Anderem auch, dass der Mann der Patientin und ebenso das vor $2^1/_2$ Jahren geborene Kind, wie eine nachträgliche Untersuchung derselben ergab, vollkommen gesund erschienen. Erst die charakteristischen Nachschübe legten den Gedanken an eine Erkrankung nahe, die mit der von Hebra als Impetigo herpetiformis beschriebenen identisch sein konnte; es stellte sich dann beim Vergleichen der übrigen Symptome bald als zweifellos heraus, dass wir in der That das ausgeprägte Bild jener ebenso interessanten, als seltenen Erkrankung vor uns hatten.

So hatten wir Gelegenheit, die meisten Symptome, wie sie Hebra angibt, an unserer Kranken zu sehen. — Vor Allem das Auftreten der epidermidalen Pusteln vom Beginne der Erkrankung an, die während des ganzen Verlaufs sich stets in gleicher Weise wiederholende Eruption; die charakteristische Gruppirung, zumeist in Kreisform; die Art der Ausbreitung in Nachschüben an der Randpartie eines älteren Herdes auf entzündlicher Basis; die Verkrustung und Ueberhäutung nach einem kurzen Stadium des Nässens; das vollständige Fehlen jeder tieferen Ulceration oder Narbenbildung. (Die einzige Narbe, die sich bei der Entlassung vorfand, rührte von der Excision behufs mikroskopischer Untersuchung her.) Von den begleitenden Umständen bestätigte die Diagnose ferner das Fieber, das sich durch Schüttelfröste markirte, und die Ausbreitung an den von Kaposi angeführten Prädilectionsstellen, an Genitocruralgegend, Mammae, Mundschleimhaut. Es fehlen also von den von früheren Beobachtern angeführten Characteristicis nur die Schwangerschaft und der ungünstige Ausgang des Krankheitsprocesses. Doch ist auch hierin unser Fall nicht vereinzelt, seitdem Kaposi einen Fall von

„Impetigo herpetiformis in mare“ veröffentlicht hat, und auch auf der Hebra'schen Klinik ein Fall mit fast absoluter Sicherheit zur Heilung gelangt ist. — Wenn wir, entgegen der Ansicht Ittmann's, die er in seiner kritischen Studie über die Dermatitis herpetiformis erklärt, diese beiden Beobachtungen als wirklich echte Fälle von Impetigo herpetiformis ansehen, so können wir uns auch in Bezug auf die Aetiologie nicht auf den von Hebra und Anderen vertretenen Standpunkt stellen, als sei das in Frage kommende Hautleiden veranlasst durch eine Erkrankung im Genitalapparat des Weibes, ebensowenig, wie wir nach vorstehender Beobachtung die Ansicht billigen können, dass die Pusteln nur der locale Ausdruck einer septicämischen Allgemeinerkrankung wären; vielmehr drängt auch bei unserem Falle Alles darauf hin, eine Erkrankung des Nervensystems anzunehmen. Wir brauchen uns nur der erwähnten Hyperästhesie des ganzen Körpers zu erinnern; ferner der Symmetrie des Ausschlages, der Kreis- und Gruppenform der Pusteln, der Abheilung, jedesmal nach bestimmter Dauer; ferner der Kopfschmerzen, der Delirien, des Herzklopfens und der profusen Schweisssecretion; und schliesslich sprechen auch wohl die andern Symptome nicht gegen einen nervösen Ursprung des Leidens, unter Anderem nicht das Fieber, das ja auch beim Herpes zoster, dessen nervöse Grundlage unbestritten ist, nicht selten vorkommt, ebensowenig die Eruptionen auf Rachen- und Genitalschleimhaut, welche dem Vorkommen des Herpes, des Erythema annulare, gyratum, iris und dem allerdings seltenen, ebenfalls auf hiesiger Klinik[1]) beobachteten Auftreten eines Exanthems auf der Zungenschleimhaut entsprechen, das unzweifelhaft auf nervöser Basis (Intoxication des Centralnervensystems durch Quecksilber) beruhte.

Ein weiteres Moment, welches sich vielleicht für die Aetiologie verwerthen liesse, könnte in der Heredität gefunden werden, wenn wir insoweit den anamnestischen Angaben der Patientin, dass die Mutter am gleichen Leiden gestorben sei, Glauben schenken wollen. — Vielleicht bringen neuere Arbeiten hierüber weitere Aufschlüsse.

Wir halten das Bild, welches unsere Kranke darbot, für ein

---

[1]) Münchener med. Wochenschr. 1888, Nr. 28.

mit den Hebra'schen Fällen so übereinstimmendes, dass unsere Diagnose unserer Ansicht nach durchaus begründet und gerechtfertigt ist, und glauben dargethan zu haben, dass gegenüber der Dermatitis herpetiformis Duhring's, um mit Kaposi zu reden, „die Diagnose „Impetigo herpetiformis“ festgehalten werden muss, gegenüber allen ähnlichen, d. h. unter ähnlichen Bildern der Configuration und Ausbreitung sich darstellenden Processen, die aber durch Bläschen und Blasen charakterisirt sind“.

Die Erklärung der Abbildungen auf Tafel XVIII ist im Texte gegeben.



Ledermann: Mycosis fregoides.

Arbeiten aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilis des Prof. Neisser zu Breslau.

LII.

Zwei Fälle von Mycosis fungoides.

Von

Dr. Reinhold Ledermann,
Assistent der Klinik.

(Hiezu Tafel XIX.)

Wenn eine Krankheit von verschiedenen Forschern mit verschiedenen Namen belegt wird, so beweist dies stets, dass man über das eigentliche Wesen derselben im Unklaren ist. Dieser Satz findet in charakteristischer Weise bei der Mycosis fungoides Alibert seine Anwendung. Alibert[1]) und Bazin[4]) haben diese Krankheit zuerst beschrieben, sie jedoch mit syphilitischen Geschwülsten, der Mycosis syphiloides und der Mycosis framboesioides zusammen in eine Kategorie gestellt, eine Anschauung, die schon von Hebra energisch bekämpft wurde. Den Namen „Mycosis fongoide" wählte Alibert[1]) wegen der äusseren Gestaltung dieser Tumoren. Köbner[32a]) reihte diese Geschwülste in die Rubrik der Virchow'schen Granulationsgeschwülste ein und gab ihnen zur Verhütung von Namensverwechslungen provisorisch den Namen „der beerschwammähnlichen multiplen Papillargeschwülste" (Mycosis = Beerschwamm). Virchow[54]) und Geber[21]) schlossen sich der Köbner'schen Auffassung an. Letzterer wollte namentlich die entzündlichen Vorgänge betont wissen und schlug den Namen „entzündlich fungöse Geschwulstform der Haut" vor. Von anderen Autoren wiederum (Port[44]), Kaposi[31]), Duhring[14]), Naether[39]),

Hyde[30]) u. A.) wurde der entzündliche Charakter der Krankheit geleugnet und die Mycosis fungoides den Sarkomen zugerechnet. Dieser Anschauung schliesst sich in neuerer Zeit Funk[18]) an; auch Rosin[47]) handelt die Mycosis fungoides unter den Sarkomen ab. Eine dritte Ansicht, welche von französischen und italienischen Autoren (Gillot[23]), Ranvier[45]), Vidal[8])[53]), Demange[13]), Debove[12]), Gaillard[19]), de Amicis[2]), Landouzy[34]), Hillairet[28]), Besnier[5]), Blanc[6]) warm vertreten wird, bezeichnet diese Geschwülste als eine Specialform der „Lymphadénie cutanée", stellt sie neben die leukämischen und pseudoleukämischen Geschwülste. — Auspitz[3]) greift auf die Köbner'sche Anschauung zurück und rechnet diese Erkrankung, der er den Namen „Granuloma fungoides" gab, zu den Chorioblastosen, behandelt sie also im Anschluss an Tuberculose, Syphilis, Lepra, Lupus und Rhinosklerom. Während er aber bei dieser Classificirung nur den histologischen Charakter der Granulationsgeschwülste im Auge hatte, die Frage nach der Aetiologie dieser Geschwülste unerörtert liess, betonte Neisser[40]), indem er diese Geschwülste als chronische Infectionskrankheiten abhandelte, hauptsächlich das ätiologische Moment; wenn er trotzdem den Namen „Granuloma fungoides" mit Auspitz[3]) beibehielt, so erkannte er damit lediglich den entzündlichen Charakter der Tumoren, für deren Entstehung er eine specifische, zur Zeit noch unbekannte, parasitäre Noxe verantwortlich machte, an. Ihm schlossen sich Rindfleisch[46]), Hammer[25]), Schiff und Hochsinger[29]), Stükovenkoff[48]), gestützt auf Mikrococcenbefunde, ferner Tilden[51]), Perrin[42]), Hallopeau[24a]) und in seinen neueren Arbeiten auch Köbner[32c]) an.*)

Zwei typische Fälle dieser Dermatose, welche in der Königlichen Hautklinik zu Breslau beobachtet wurden, bieten uns Gelegenheit, jene interessante Erkrankung der Haut einer kurzen Betrachtung zu unterziehen.

Ich lasse zunächst die Krankengeschichten in extenso folgen:

Fall 1.

Frau H., Locomotivführersfrau, 52 Jahre alt, wird am 4. Juli 1888 in die Königliche Hautklinik aufgenommen.

*) In neuerer Zeit hat sich auch de Amicis[2b]), welcher Mikrococcen in Mycosisknoten fand, dieser Anschauung zugewendet.

Die Anamnese ergibt: Eltern beide todt, Vater starb an den Blattern, Mutter an Altersschwäche, drei Geschwister leben und sind gesund. Patientin, seit 26 Jahren verheiratet, hat im ersten Jahre ihrer Ehe einen Abort im vierten Monate gehabt. Ein vier Jahre später geborener Knabe starb im Alter von 3 Jahren 10 Tagen am Scharlach. Eine Tochter im Alter von 18 Jahren lebt und ist gesund. Ausser Masern in ihrer Kindheit hat Patientin keine schwere Erkrankung durchgemacht. Der Ehemann der Patientin ist gesund und im Dienste thätig.

Vor länger als einem Jahre sollen im Gesicht, namentlich an den Augenlidern, ferner am Halse flache, juckende Erhabenheiten aufgetreten sein, die sich später zurückgebildet haben. Bald darauf traten dieselben Erscheinungen an den Beinen auf, später am Rumpf und zuletzt, wie Patientin angibt, an den Armen. Eine circa ohrmuschelgrosse Geschwulst an der linken Halsgegend soll circa drei Monate bestehen und aus einer kleinen Erhabenheit entstanden sein, die sich zeitweilig zurückbildete, und wie Patientin glaubt, durch Kratzen erst so prominent geworden ist. Ihre Hufeisenform soll durch Wachsen in peripheriam, nicht durch Einsenkung des Centrums entstanden sein.

Status praesens (am 5. Mai 1888). Wohlgenährte Frau von gesunder Gesichtsfarbe. Im Urin kein Eiweiss, kein Zucker. Haut im Ganzen trocken, dick, schwer faltbar, Hautfarbe bräunlich. Reizphänomen (Urticaria factitia) ausgeprägt. Haare braun, glatt. Irisfarbe blau. Zähne sehr lückenhaft. Appetit normal. Darmfunction träge. Augen und Ohren gesund. Menopause seit $1\frac{1}{2}$ Jahren. Menstruation vom 15. Lebensjahr bis zum Eintritt des Klimakterium stets sehr stark. Starker Blutverlust bei der letzten Menstruation.

Auf dem mit spärlichem Haar bewachsenen Kopfe finden sich keine krankhaften Erscheinungen.

Im Gesicht am linken unteren Augenlid bemerkt man zwei, kaum über die Oberfläche erhabene, etwas geröthete, circa linsengrosse Efflorescenzen, eine gleiche oberhalb des linken inneren Augenwinkels. Rechterseits am äusseren Augenwinkel befinden sich ebenfalls zwei etwas grössere Stellen, eine davon leicht mit Krusten bedeckt. An der rechten Halsseite röthliche Plaques, leicht schuppend bis zu Pfennigstückgrösse. Dieselben zeigen theils noch die normale Hautfelderung, theils, wenn der Plaque in der Umwandlung zu einem Knoten begriffen ist, einen glatten, spiegelnden Epidermisüberzug. An der linken Halshälfte befindet sich ein derb elastischer Tumor, grösser als die linke Ohrmuschel der Patientin, in seiner Form mit derselben aber eine gewisse Aehnlichkeit darbietend. Derselbe besteht aus einem nicht vollständig geschlossenen, nach oben offenen, kranzartigen Wulste, welcher eine geröthete, zwar über dem Niveau der normalen Haut erhabene, jedoch im Verhältniss zur übrigen Geschwulst immer noch bedeutend vertiefte mittlere Partie einschliesst. Dieser Wulst ist, wie bemerkt,

derb elastisch, auf der Unterlage gut verschieblich und mit gelbbraunen Krusten besetzt. Hinter dem linken Ohr etwas oberhalb der Geschwulst ein circa zehnpfennigstückgrosser, flach erhabener Plaque, der leicht schuppt; zwei Plaques von ähnlicher Beschaffenheit befinden sich am linken Kieferwinkel. An der unteren Hälfte des linken Warzenhofes bemerkt man einen unregelmässig ausgebuchteten, mit gelblichen Krusten besetzten, flach erhabenen Tumor. Auf der Brust zerstreut befinden sich vereinzelte, pfennigstückgrosse, wie Erythem aussehende Stellen. In der Nähe des rechten Warzenhofes, medianwärts gelegen, eine zehnpfennigstückgrosse, impetiginöse Stelle. Der Rücken ist von vielen linsengrossen Pigmentflecken besetzt, am Nacken eine Stelle mit Phlebektasien.

An der hinteren Halsgegend entbehrt an einigen Stellen die Haut ihres normalen Pigmentgehaltes. Diese, zumeist linsen- bis fünfmarkstückgrossen Hautentfärbungen bieten einige Aehnlichkeit mit dem Leukoderm dar. Die grösseren Stellen scheinen durch Confluenz von kleineren entstanden zu sein.

Die beiden seitlichen Thoraxgegenden werden von einer Anzahl hier zu serpiginösen Linien angeordneten, flachen Erhabenheiten eingenommen, einige von ihnen sind oberflächlich ulcerirt, andere schuppen, wieder andere nässen. Innerhalb dieser kreisförmigen Linien, sowie neben ihnen finden sich oft braun pigmentirte Stellen. Von der seitlichen Thoraxgegend zieht eine Reihe ähnlicher Plaques über die Scapulargegend zu den Oberarmen. Auch hier herrscht die Ring- sowie serpiginöse Form vor. Am rechten Oberarm fällt besonders ein kranzförmiger, schuppender Wulst auf, der fast die Form einer arabischen Acht hat.

Streck- und Beugeseiten sind in gleicher Weise betheiligt. Ueberall findet sich das nämliche Verhältniss in Bezug auf Schuppung, Pigment und Krustenbildung. Bemerkenswerth ist am linken Vorderarm nahe der Ellenbeuge ein circa haselnussgrosser, rother, zum Theil mit Krusten bedeckter Tumor.

Ausser den oben mit ihren charakteristischen Eigenschaften geschilderten Efflorescenzen sind an den Vorderarmen — hauptsächlich an den Beugeseiten — stecknadelkopf- bis linsengrosse, gelblich-rothe Efflorescenzen, die je einem Hautfelde zu entsprechen scheinen und die grösste Aehnlichkeit mit Lichen ruber darbieten.

Beide Hände sind vollkommen frei.

In der Unterbauchgegend fallen drei circa bohnengrosse Knoten auf. Beide Oberschenkel und Unterschenkel — die varicöse Venen zeigen — bieten gegenüber den oberen Extremitäten die Eigenthümlichkeit dar, dass hier auffallend viele grosse Pigmentflecke vorhanden sind, während von Efflorescenzen, unter denen die Ringform wieder überwiegt, eine verhältnissmässig geringe Zahl vorhanden ist. Hauptsächlich am rechten Oberschenkel und hier wiederum in der Nähe der Inguinalbeuge sind mehrere ringförmig

angeordnete Plaques sichtbar mit braun pigmentirter, eingesunkener Mitte. An beiden unteren Extremitäten ist eine etwaige Bevorzugung von Streck- und Beugeseiten nicht zu constatiren.

In der Richtung von oben nach unten ist die Anzahl der Efflorescenzen auf der unteren Extremität eine abnehmende. Der Fussrücken ist fast frei von denselben. Die Fusssohle ist normal.

An verschiedenen Körperstellen sind frische Kratzeffecte sichtbar, ein Zeichen dafür, dass ein lebhafter Juckreiz besteht.

Sämmtliche Efflorescenzen lassen sich gut von der Unterlage abheben und lassen auch keine Verbindungen mit den tieferen Hautgebilden erkennen.

Nirgends finden sich Narben. Rechterseits eine Cervicaldrüse fühlbar.

Was den Verlauf der Krankheit und die Behandlung der Patientin in der Klinik betrifft, so entnehme ich der Krankengeschichte folgende Daten:

Vom 4. Juni 1888 bis 10. Juni 1888 erhält Patientin täglich eine bis zwei Arsen-Injectionen einer Lösung:

Acid. arsenicos. amorph. 0·25
Aqua destill. 37·5
Acid. carb. p. 1·0.

Am 12. Juni 1888. In Chloroformnarkose Excision des linken hufeisenförmigen Halstumors, des haselnussgrossen Tumors an der linken Ellenbeuge und einer daneben stehenden erbsengrossen, hellrothen, frischen Efflorescenz; ferner eines Stückes der achtförmigen Geschwulst am rechten Oberarme.

16. Juni. Schlaflosigkeit in Folge starken Juckens. 1 Gr. Sulfonal von guter Wirkung.

17. Juni, 18. Juni. Guter Schlaf ohne Sulfonal.

22. Juni. 2 keratinirte Arsenpillen, à 0·005 pro die von heute ab.

23. Juni, 24. Juni. 3 Pillen pro die.

25. Juni. 3 Pillen; von heute ab täglich ein Bad mit 40 Gr. Kal. hypermanganicum.

27. Juni. 4 Pillen pro die.

30. Juni. Die elevirten Stellen am ganzen Körper sind merklich flacher geworden. Am rechten unteren Augenlid ist die früher beschriebene Stelle bis auf einen rothen Fleck geschwunden; dagegen zeigt sich in der Nähe eine frisch sich erhebende ähnliche Stelle.

5. Juli. Halsverband mit Sublimat.

6. Juli. Oberhalb der noch granulirenden Halswunde bildet sich ein frischer Tumor. Verband mit Jodoformgaze.

9. Juli. Auf der Nasenspitze, Stirn und Wangen finden sich etwas erhabene, bläulich geröthete Stellen.

15. Juli. Die Infiltrate wesentlich flacher, zum Theil ganz geschwunden.

23. Juli. Die interne Arsentherapie wurde mit externer Pflaster- und Salbenbehandlung combinirt. Nachdem 20procentiges Ichthyol, Salicylseifenpflaster und Theerpinselungen vollständig wirkungslos gewesen waren, wurde Chrysarobin theils als 5—10procentige Salbe, theils in Verbindung mit Traumaticin angewendet. Ein prompter Erfolg wurde auch damit nicht erzielt, wenngleich Chrysarobin unzweifelhaft eine besser resorbirende Wirkung entfaltete als die anderen angewandten äusseren Mittel. Feuchte Resorcinumschläge milderten in angenehmer Weise den Juckreiz. Die nässenden Stellen am Rücken und der linken Mamma wurden mit verdünntem Liquor ferri gepinselt, ohne in sichtbarer Weise davon beeinflusst zu werden.

25. Juli. Patientin auf Wunsch gebessert entlassen, stellte sich am 6. December 1888 wieder vor und ergab folgenden Status: Ziemlich gut genährte Frau von gesunder Gesichtsfarbe.

Im Gesicht befinden sich am linken Auge nahe dem Canthus externus zwei zwanzigpfennigstückgrosse, runde, über der Haut leicht erhabene Efflorescenzen, nicht excoriirt und von eigenthümlich weicher Consistenz. Gleiche Efflorescenzen sieht man am inneren linken, am äusseren rechten Augenwinkel und am unteren linken Augenlid.

An der convexen Fläche des linken Ohres ist die Haut von einer pflaumengrossen, über dem Ohrknorpel verschieblichen, ziemlich weichen Geschwulst eingenommen, deren Oberfläche schwach geröthet, mit kleinen Borken und Schüppchen bedeckt ist und den Eindruck eines in der Abheilung begriffenen Eczems macht. Wenig infiltrirt, jedoch gleichfalls etwas geröthet und mit Schüppchen bedeckt, ist die Haut über dem linken Processus mastoideus.

An der linken Seite des Halses, parallel dem Unterkieferrande, etwa zwei Finger breit unter ihm, eine 10 Ctm. lange, ein wenig hypertrophische Narbe.

Eine zweimarkstückgrosse, geröthete, weich-elastische Intumescenz, die durch Quer- und Längsfurchen in eine grosse Zahl kleiner Hautfelder getheilt ist, an der rechten Seite des Nackens, dicht über dem Musculus cucullaris. Die beschriebene Stelle zeigt eine linsengrosse Delle mit normaler Haut in der Mitte.

Ausserordentlich stark betheiligt sind die beiden oberen Extremitäten.

An der Beugeseite des linken Oberarmes ist eine hufeisenförmige, geröthete, etwas gewulstete, stark juckende und mit kleinen Schüppchen bedeckte Stelle bemerkbar; handbreit unter derselben zwei grössere, etwa thalergrosse, mit braunen Borken bedeckte Plaques. Dicht oberhalb der linken Ellenbeuge ein bohnengrosser, gerötheter, nicht schuppender Knoten.

Ausserdem am linken Oberarm eine Anzahl runder, im Durchschnitt zweimarkstückgrosser pigmentirter Hautstellen. Zwei dieser Pigmentflecke mit einem Schuppenbelag.

Dicht unterhalb des linken Ellenbogens einzelne kleine Tumoren von Fünf-, respective Zehnpfennigstückgrösse, mit schmutzigem Borkenbelag. Oberhalb des grösseren eine kleine lineare Narbe.

Etwas unterhalb des linken Olekranon ein fünfmarkstückgrosser Tumor, dessen Peripherie von Borken bedeckt ist, während in der Mitte eine glatte, blauroth verfärbte Stelle sich befindet. Ausserdem an der Streck- und Beugeseite des linken Unterarmes ungefähr 25 linsen- bis thalergrosse Stellen von gleichem Charakter wie die vorher beschriebenen, mit erhabenen und von Schüppchen bedeckten Peripherien. Zwei gleiche Plaques an dem Dorsum des linken Daumens.

Am rechten Oberarme, etwas oberhalb der Ansatzstelle des Musculus deltoides schliessen fünf von Borken bedeckte, theilweise excoriirte Tumoren — von Zwanzigpfennigstück- bis Zweimarkstückgrösse — eine 3 Ctm. lange, geröthete und mit Schüppchen bedeckte Excisionsnarbe ein.

Auf der Innenseite des rechten Oberarmes eine thalergrosse Efflorescenz, die mit brauner Kruste bedeckt ist. Sechs verschieden grosse, geröthete Plaques dicht oberhalb der rechten Ellenbeuge anscheinend in der Abheilung begriffen.

Ebenso mehrere linsen- bis thalergrosse, theils ziemlich erhabene, geröthete und mit Borken bedeckte, theils blassere, schuppenlose Tumoren auf der Streck- und Beugeseite des rechten Unterarmes. Auch am Dorsum der rechten Hand zwei nur wenig prominente, kleine Tumoren dem Abheilen nahe.

An der linken Brustwarze eine nicht schuppende, geröthete, pilzförmig gestaltete Geschwulst von Kleinapfelgrösse. In der Umgebung derselben zwei nur wenig prominente, schwach geröthete Plaques.

Am unteren linken Schulterblattwinkel ein länglich gestalteter, etwa 2 Ctm. hoher und an seiner höchsten Stelle excoriirter, nässender, rother Tumor. Mehrere, nach Angabe der Patientin durch Abheilung so klein gewordene Plaques längs der linken Spina scapulae. Eine grosse Anzahl stecknadelkopfgrosser, lichenartiger Eruptionen sind über beide Hälften des Rückens zerstreut.

Rings um den rechten Oberschenkel ist eine sehr grosse Anzahl verschieden grosser Tumoren, nur zum kleineren Theil noch mit kleinen Krusten bedeckt, die, wie Patientin angibt, in letzter Zeit alle bedeutend an Grösse zurückgegangen sind. Alle nur wenig über das Niveau der umgebenden Haut emporragend. Auch über der rechten Patella und in der rechten Kniekehle eine grössere Anzahl crustöser, jedoch nicht stark erhabener Efflorescenzen, die sich von der Kniekehle aus über die Flexorenseite des rechten Unterschenkels continuirlich fortsetzen, während an der Extensorenseite vorne eine Strecke von Tumoren frei bleibt und erst dicht oberhalb des rechten Fussgelenkes eine grössere, rings das Gelenk umgebende Eruption, von wenig prominenten Tumoren, sich befindet.

Der linke Oberschenkel ist an seiner Vorderseite wenig betheiligt,

dagegen zeigt die Innenfläche und die Flexorenseite noch eine grössere Anzahl verschieden grosser, kreisrunder, mit Krusten bedeckter Tumoren.

An der Innenseite des linken Unterschenkels, handbreit unter dem Capitulum fibulae ein thalergrosser, impetiginöser Knoten. Die übrigen zahlreichen, sich rings um den Unterschenkel herumziehenden Stellen sind nur wenig erhaben, kreisrund, zum kleineren Theil mit Krusten bedeckt und sollen alle in letzter Zeit bedeutend kleiner geworden sein.

Zwischen den noch bestehenden Efflorescenzen überall eine grössere Anzahl von Pigmentflecken.

Starkes Jucken, besonders Abends im Bette, jedoch soll der Juckreiz für einige Zeit verschwinden, wenn Patientin eine Zeit lang stark gekratzt hat.

Alle Tumoren sind von eigenthümlich weich elastischer Consistenz, hängen wohl vielfach mit dem Unterhautbindegewebe zusammen, lassen jedoch nirgends einen Zusammenhang mit den tieferen Gebilden erkennen, sind insbesondere alle über der Fascie verschieblich.

Appetit, Schlaf, gut.

Stuhlgang retardirt.

Therapie: Keratinirte Arsenpillen. Lauterbach'sche Salicylseife.

Pathologische Anatomie.

Die an zwei excidirten Tumoren — vom Hals und rechten Oberarm — vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergibt an keiner Stelle Mikroorganismen.

Die histologische Structur wechselt, je nachdem die Mitte oder die Randzone der Tumoren getroffen ist.

Was zunächst das Epithel betrifft, so ist an den Randpartien die Hornschicht intact. Je mehr jedoch die Schnitte nach der Mitte des Wulstes zu fallen, um so mehr treten Krusten und schuppenartige Bildungen auf, die unter dem Mikroskop zum Theil nur noch als breite, dunkle, keinerlei Structur erkennen lassende Streifen erscheinen. An einzelnen Stellen erheben sich diese Streifen ein wenig über die darunter liegende Epithellage und lassen einen Raum frei, der früher jedenfalls von Flüssigkeit erfüllt war. Einzelne Stellen zeigen weder einen Epidermis- noch Schuppen- oder Krustenbelag, sondern das freiliegende Rete Malpighii, ein Bild, analog dem Eczem, wenn der impetiginöse Belag mechanisch entfernt ist.

Das Rete Malpighii ist meist gut erhalten; nur an einzelnen Präparaten fehlt es vollständig, so dass der crustöse Belag direct

der Cutis, der auch an diesen Stellen die Papillen fehlen, aufliegt. Die Länge und Breite der Retezapfen wechselt sonst sehr, im Wesentlichen das wohlbekannte Bild, welches bei allen chronischen Entzündungsvorgängen der Haut entsteht, darbietend. Eine Ansammlung von Pigment ist nirgends erkennbar.

Ungleich grössere Veränderungen als das Epithel bietet die Cutis in allen ihren Schichten dar.

Was zunächst das Verhalten der Papillarschicht betrifft, so fehlen an einzelnen, der Mitte des Tumors angehörigen Schnitten die Papillen fast vollständig, entsprechend der Volumenvermehrung der Retezapfen; erst nach der Randzone zu treten sie in steigender Grösse wieder auf. An gewissen Partien sind die Papillen andererseits stark verlängert und verbreitert.

Ueberall im Bindegewebe, in allen seinen Schichten, findet man eine dichte Rundzelleninfiltration, welche das Bild des Coriums vollständig verwischt und diesem das Gepräge eines typischen Granulationsgewebes verleiht. Die faserigen Elemente treten den zelligen gegenüber zurück und sind nur als feinste Fibrillen und elastische Fasern zwischen den Rundzellen sichtbar. In der ziemlich gleichmässigen Infiltration zeigen sich auch einzelne dichtere Herde, besonders um die Drüsen und Gefässe herum. Ueberall sieht man das periglanduläre Gewebe ganz besonders von Rundzellen infiltrirt; ja nicht selten gehen die specifischen Enchymzellen vollständig zu Grunde und werden von Rundzellen ersetzt, die sich vereinzelt auch im Lumen der Drüsenschläuche vorfinden. Die Gefässe, und zwar Venen mehr als Arterien, sind ausserordentlich dilatirt. Die Adventitia hat ihren bindegewebigen Charakter fast überall eingebüsst und ist durch das Granulationsgewebe meist vollständig ersetzt. Nicht selten verfällt auch die Media diesem Schicksal, wenngleich sie, wahrscheinlich durch ihren grossen Gehalt an elastischen Fasern, eine grössere Resistenz gegenüber dem Eindringen der fremden Elemente besitzt. Deshalb sieht man, meist jedoch nur bei den Arterien, die Tunica media zwar von Rundzellen besetzt, jedoch nicht zerstört. Bei den Venen jedoch geht Adventitia und Media vielfach im mikroskopischen Bilde vollständig verloren. Man sieht dann im Gewebe runde, ziemlich grosse Hohlräume mit Blutresten gefüllt, welche von dem umgebenden Rundzellengewebe durch ein mit flachen Endothelzellen

besetztes Häutchen getrennt sind. Zuweilen geht auch dieses unter und runde, mit zerfallenen Blutresten erfüllte Hohlräume geben von dem einstigen Vorhandensein eines Gefässes Kunde. Wie weit einzelne solche Gebilde als neugebildete, sehr dünnwandige Gefässe aufzufassen seien, wird sich mit Sicherheit kaum entscheiden lassen. Selten dringen auch Rundzellen in die Haarbälge ein.

Neben dieser Rundzellenansammlung findet sich auch eine Vermehrung der Spindelzellen, so dass an den charakteristischsten Stellen ein buntes Gewirr von Rund- und Spindelzellen, denen sich noch stark granulirte Mastzellen beigesellen, vorfindet. Ueberall jedoch prävaliren die Rundzellen über die anderen zelligen Elemente.

An einer ganzen Serie von Schnitten am äussersten Rande derselben und zwar an der Grenze von Corium und Tela subcutanea fand sich ein Hohlraum, von typischen grosskernigen Riesenzellen umsäumt. Da diese sich aber nur an dieser einzigen Stelle vorfanden, so glauben wir, dass sie mit dem eigentlichen Geschwulstgewebe in keinem Zusammenhang stehen. Möglicherweise ist der Hohlraum selbst durch den Ausfall eines Atheroms entstanden; es ist ja bekannt, dass um Atherome herum Riesenzellen sich häufig vorfinden.

Quergestreifte Muskelfasern, die sich in einigen Präparaten vorfinden, lassen wohl unschwer ihre Abstammung vom Platysma myoides erkennen.

Die dem Armtumor entnommenen Schnitte zeigen dieselben Veränderungen des Epithels und der Cutis, aber entsprechend dem oberflächlichen Sitz der Neubildung in geringerer Intensität und Tiefe. Besonders liess sich der principiell wichtige Punkt feststellen, dass die Tela subcutanea noch längst intact sein kann, wenn in der Cutis die Infiltration schon weit vorgeschritten ist. An einzelnen Stellen scheint es, als ob die Papillarschicht früher den Veränderungen erliegt, als die darunterliegende Cutis. Die Abstammung der Rundzellen konnte nicht eruirt werden, trotzdem an einer grossen Anzahl von in Flemming'scher Flüssigkeit gehärteten und mit Saffranin gefärbten Präparaten diesbezügliche Nachforschungen angestellt wurden.

Fall 2.

Der Patient P., Zimmermann, 41 Jahre alt, wird am 14. December 1888 in die Königl. Hautklinik zu Breslau aufgenommen, in der er sich zur Zeit noch befindet.

Anamnese (14. December aufgenommen): Die Eltern des Patienten leben und sind gesund, ebenso vier Geschwister. Zwei Geschwister starben in Folge schwerer Verletzungen.

Im Jahre 1885 litt Patient 13 Wochen an einem „Rheumatismus, der von den Knieen aus bis in die Füsse ging". Dasselbe Leiden fesselte ihn für kürzere Zeit an das Bett im Jahre 1886, für längere Zeit im folgenden Jahre, wo er um die Weihnachtszeit herum erkrankte und 6 Wochen krank darnieder lag. Nach seiner Genesung konnte er 14 Tage seine Arbeit versehen, bekam dann aber einen Rückfall und musste wiederum 7 Wochen hindurch das Bett hüten.

Im Juni 1888 bemerkte Patient einen gerötheten Knoten von der Gestalt und Grösse eines Furunkels in der rechten Oberschenkel-Glutäalfalte. „Derselbe ging aber nicht auf", sondern vergrösserte sich peripherisch und wuchs im Laufe der nächsten Monate zu einer grossen Geschwulst heran, deren Oberfläche durch das Reiten auf den Zimmermannsbalken aufgerieben wurde und nässte.

Mitte August bildete sich am linken Trochanter major eine zweite Efflorescenz. Dieselbe bestand zunächst aus einem allmälig sich vergrössernden, rothen Fleck, dessen Peripherie nach und nach zu einem wulstartigen Tumor heranwuchs.

Darauf folgte Anfangs September die Bildung einer Intumescenz am unteren Drittel der Innenfläche des rechten Schienbeins; zuerst in Form eines rothen Fleckes, so dass Patient glaubte, sich dort gestossen zu haben.

Einige kleinere Stellen am linken Oberschenkel sollen schon Mitte August aufgetreten sein. Von den dort zur Ausbildung gelangten Knoten bildete sich einer, nach achttägigem Bestehen, spontan mit Hinterlassung eines Pigmentfleckes zurück.

Starkes Jucken war zu keiner Zeit vorhanden, nur „leises Krimmern", besonders unter dem Einflusse der Bettwärme.

Auf das Allgemeinbefinden des Kranken haben diese Tumoren keinen Einfluss ausgeübt. Patient war stets arbeitsfähig.

Status praesens (am 14. December 1888):

Musculöser Mann von gesunder Gesichtsfarbe und kräftigem Knochenbau. Die Haut ist an allen von Tumoren verschont gebliebenen Stellen trocken, dünn, faltbar, weich. Die Haut des Gesichtes, in specie der Nase, enthält zahlreiche Teleangiektasien (Acne rosacea). Zwei linsengrosse Naevi pigmentosi auf der Dorsalseite des rechten Handgelenks. Vasomotorisches Strichphänomen schwach ausgeprägt.

Haare blond gelockt. Beginnende Alopecie auf Vorderkopf und Scheitel. Magen und Darmfunction ungestört. Patient ist Presbyop.

An der äusseren Seite des linken Oberschenkels befinden sich, zwei Finger breit unterhalb des Trochanter major beginnend, eine Anzahl von Tumoren, welche zu einem Ringe confluiren und in der Mitte ein geröthetes, kreisförmiges, mässig infiltrirtes Hautgebiet umfassen, dessen Oberhaut den Eindruck einer abnormen Pigmentirung macht. Der am meisten nach oben und vorn gelegene Tumor hat die Grösse und Gestalt einer Kinderniere, liegt in der Haut und ist mit derselben verschieblich. Seine Consistenz ist äusserst derb, fast prall elastisch, seine Oberfläche mit weissen Borken und Schüppchen bedeckt. Er setzt sich ohne scharfe Grenze nach aussen in die normale Haut fort. Schmerzhaftigkeit fehlt, Druckempfindlichkeit ist sehr gering. An diesen Tumor reihen sich die übrigen, verschieden grossen sämmtlich derben Knoten in der Richtung der Concavität des erstbeschriebenen Tumors an, so dass daraus die Ring- oder besser Tellerform resultirt. Von diesen Knoten hat der grösste etwa Thalergrösse und der am nächsten der Nates zu gelegene gleichfalls Nierenform. Dieser letztere ist an seinem Hilus von feinsten Schüppchen bedeckt, während die übrigen, weniger stark über dem Niveau der umgebenden Haut emporragenden Infiltrate zwar geröthet, doch ohne Schuppenbelag sind.

Die ganze etwa handtellergrosse Neubildung ist von einem etwa 2 Ctm. breiten, infiltrirten, gerötheten Hautwall umgeben, welcher einen allmäligen Uebergang zur normalen Haut vermittelt.

Handbreit unter diesem Tumorenring ist die Haut in der Grösse eines Dreimarkstückes dunkel braunroth pigmentirt und nicht infiltrirt. In unmittelbarer Nähe dieses Pigmentfleckes, jedoch etwas mehr nach hinten oben, befindet sich eine nur wenig erhabene, geröthete, mit glänzend weissen Schüppchen bedeckte, mässig stark infiltrirte Hautpartie; unterhalb derselben ein kleinerer, in der Rückbildung begriffener, nicht mehr infiltrirter, gleichfalls mit weissen Schüppchen bedeckter Plaque, der den Eindruck eines Eczema squamosum macht. Zwei etwas grössere und infiltrirte, ziemlich flache, mit Schüppchen bedeckte Intumescenzen liegen nach unten und vorne vom oberen Pigmentflecke, d. h. der Extensorenseite genähert.

An dem rechten Oberschenkel, da, wo die Hinterbacke von dem Oberschenkel durch eine Falte (Plica glutaeo-femoralis) getrennt ist, befindet sich eine über faustgrosse, dunkelbraunroth verfärbte, sehr derb anzufühlende Hautpartie. In derselben differenziren sich zwei Knoten, der untere von der Grösse und Gestalt einer kleinen Niere, der obere von der Grösse eines Hühnereies. Der untere ist an seiner Oberfläche vollständig exulcerirt und mit einer schmierig gelblichen Krustendecke versehen. Der obere Knoten hat an seiner Oberfläche nach aussen hin eine markstückgrosse Exulceration mit gleichem Belage. Im Uebrigen ist er von gerötheter Epidermis überdeckt.

An der Innenseite des Unterschenkels in der Höhe des unteren

Drittels, dicht über der Tibia, ist die Haut in der Grösse einer Kinderhand braunroth verfärbt, stark infiltrirt, über der Unterlage nur schwer verschieblich und zum grössten Theil mit weissem Schuppenbelage versehen, so dass es auf den ersten Blick wie ein Eczema squamosum aussieht. Bei genauerem Hinsehen differenzirt sich von der umgebenden, braunroth verfärbten Haut, in ihrer Mitte ein thalergrosser, etwas ovaler Tumor mit unregelmässigen Grenzen. Auch dieser Tumor, der sich ausserordentlich hart anfühlt, hat einen weissen Schuppenbelag. Der Uebergang in die übrige Haut ist ein ganz allmäliger.

Ein wallnussgrosses Drüsenpacket in der rechten Leistengegend.

An der Innenfläche des rechten Oberschenkels, entsprechend dem unteren Winkel des Scarpa'schen Dreieckes fällt eine schuppende, etwas geröthete Hautpartie auf, an deren oberem Winkel ein haselnussgrosser Knoten prominirt.

Die Haut von beiden Patellen und Olekranen ist callös und squamös. (Arbeitswirkung.)

Beschwerden verursachen diese Efflorescenzen nicht, geringe Druckempfindlichkeit, zur Zeit kein Jucken.

Vom 18. December 1888 ab erhält er Sol. Acid. arsenicos. 0·5 : 100·0 Aqu. destill., 20 Tropfen in Pfefferminzthee in aufsteigender Dosis zu nehmen.

Es folgen nun abgekürzt diejenigen Daten der sehr ausführlichen Krankengeschichte, welche für die Beurtheilung des Krankheitsverlaufes von Wichtigkeit sind.

19. December. Auffällige Vergrösserung des Fleckes und kleinen Tumors an der Innenfläche des rechten Oberschenkels. Gleichfalls das rechtsseitige Leistendrüsenpacket vergrössert. Dicht darunter haben sich kleine, rothe, schuppende Knötchen gebildet. Therapie: Zweimal pro die 0·005 Acid. arsenicos. in wässeriger Lösung.

21. December. Excision des kleinen Tumors an der Innenfläche des rechten Oberschenkels (im oberen Drittel) unter Cocaïnanästhesie. Naht. Antiseptischer Verband.

22. December. Kein Fieber, keine Beschwerden.

24. December. Vier Finger breit unterhalb der linken Glutaeo-Femoralfalte ein kleines, neuentstandenes Infiltrat fühlbar.

27. December. Nähte entfernt. Wundränder rücken auseinander. Jodoformverband.

28. December. Die Tumoren über dem linken Trochanter major sind ganz weich geworden und bedeutend abgeflacht.

Die Temperatur über denselben ist höher als die der umgebenden Haut.

Von den Plaques an demselben Oberschenkel etwas weiter unten ist der nach der Flexorenseite zu liegende etwas grösser geworden und schuppt;

dicht darunter befindet sich ein frisch entstandener, fünfpfennigstückgrosser rother Fleck. Ebenso scheint die nach der Extensorenseite zu gelegene Efflorescenz ein wenig gewachsen zu sein.

Die Tumoren an der rechten Oberschenkel-Glutäalfalte sind zwar leichter verschieblich als zuvor, jedoch noch ziemlich hart und von den Umschlägen an der Oberfläche macerirt. Die Leistendrüsen sind etwas kleiner. Die untere ist mit der Haut fest verlöthet, die Haut selbst darüber braunroth verfärbt. Auch der Tumor an der Innenfläche des rechten Unterschenkels beginnt sich zu verkleinern.

Auf die Excisionswunde Jodoformverband.

29. December. Die Tumoren in der rechten Oberschenkel-Glutäalfalte fangen an, vom Rande aus sich zu verkleinern.

2. Januar 1889. Der Tumor über dem linken Trochanter ragt nur noch wenig über dem Niveau der umgebenden Haut hervor, ist vollständig weich. Dagegen scheinen sich die an der Haut des linken Oberschenkels befindlichen schuppenden Plaques zu vergrössern. Eine Infiltration lässt sich auch jetzt an ihnen nicht constatiren. An der rechten Glutäal-Femoralfalte hat die obere von den beiden Geschwülsten eine schon fast ganz glatte Oberfläche, da die Ulceration bis auf eine leichte Delle verschwunden ist. Auch die ulceröse Oberfläche der grösseren, unteren, nierenförmigen Geschwulst bildet sich zusehends zurück. Die ganze Geschwulst ist weicher und jetzt leicht mit der Haut verschieblich.

Das Drüsenpacket in der rechten Leistenbeuge ist über die Hälfte verkleinert.

Die Excisionswunde granulirt gut.

Der Tumor an der Innenfläche des rechten Unterschenkels hat sich ganz abgeflacht, die Haut in der Umgebung ist blasser, schuppt nicht. Von heute ab dreimal täglich 20 Tropfen Sol. Acid. arsenicos. (0·5 : 100·0).

4. Januar 1889. Fortschreitende Rückbildung des Geschwulstringes am linken Trochanter. Von den beiden Tumoren in der rechten Glutäalfalte ist der obere jetzt vollständig überhäutet, der untere grössere in Ueberhäutung begriffen; beide sind ganz flach, weich und sehr leicht verschieblich. Handbreit unter diesen Tumoren sieht man drei, erst in den letzten Tagen aufgetretene, erbsen- bis fünfpfennigstückgrosse geröthete Stellen, welche noch nicht infiltrirt erscheinen. Die Stellen an der Aussenseite des linken Oberschenkels vergrössern sich an Umfang, schuppen leicht. Eine deutliche Infiltration lässt sich nur am unteren Rande des nach vorn gelegenen Tumors fühlen. Die Drüsen der rechten Leistenbeuge verkleinern sich immer mehr. In der Umgebung der nur langsam heilenden Excisionswunde an der Vorderseite des rechten Oberschenkels ist die Haut in grösserer Ausdehnung geröthet und besonders an den Rändern der Excisionswunde infiltrirt, so dass es scheint, als ob sich rings um die Wunde eine neue

Efflorescenz bildet. Etwas nach innen unten davon sieht man eine frisch entstandene, thalergrosse, geröthete Stelle.

Verband der Excisionswunde mit Bismuthum oxy-jodicum.

7. Januar 1889. Der Tumor am rechten Unterschenkel ist verschwunden. Daselbst noch Röthung und Schuppung der Haut.

12. Januar. Brennen in den Augen.

14. Januar. Fortschreitende Besserung. Kein Brennen mehr. Von heute ab 68 Tropfen pro die.

21. Januar. Geringes Drücken in den Augen, sonst Arsen gut vertragen.

25. Januar. Schmerzen in der linken Fusssohle; auf derselben in der Nähe des linken äusseren Fussrandes eine auf Druck schmerzende Stelle fühlbar.

26. Januar. Unter dem linken Trochanter major überragen die Tumoren nicht mehr das Niveau der umgebenden Haut. Die kleinen (ehemaligen) Tumoren daselbst zeigen eine concentrische Kreisbildung von kleinen bläulichen Kreisen.

28. Januar. Incision des Abscesses auf der linken Fusssohle. Entleerung einer grossen Menge Eiters.

29. Januar. 68 Tropfen Arsen gut vertragen. Auf einer von Haaren entblössten Stelle des Vorderkopfes ungefähr sieben erbsen- bis linsengrosse, leicht erhabene, nicht juckende Protuberanzen.

4. Februar. Der Tumorenring am linken Trochanter in eine nicht mehr infiltrirte Pigmentfläche verwandelt. Der Tumor in der rechten Glutaeo-Femoralfalte nur noch mässig derb, mit feinsten Krusten und Schüppchen überdeckt. Die Stellen am linken Oberschenkel scheinen ein wenig gewachsen zu sein, sind nicht infiltrirt.

An der Hinterfläche des linken Oberschenkels handbreit unter der Glutäalfalte drei kleine, braunrothe, schuppende Kreise.

Die Narbe an der Vorderfläche des rechten Oberschenkels nur noch wenig infiltrirt.

Die Drüsen in der rechten Leistengegend kaum noch fühlbar. An der Vorderfläche des linken Oberschenkels zwei rundliche, pfennig- bis zehnpfennigstückgrosse, dunkel pigmentirte, fein schuppende Stellen. An der Innenfläche des linken Unterschenkels ist die Haut dunkel pigmentirt, keine Infiltration daselbst. Die Stellen am Kopf gar nicht mehr vorhanden.

Gestern Abend Erbrechen; Durchfall; Magendrücken. Mit den Arsendosen wird zurückgegangen. Heute nur noch 54 Tropfen.

5. Februar. Heute 45 Tropfen Arsen. Etwas mehr Appetit. Durchfall, Magendrücken geringer.

6. Februar. 36 Tropfen Arsen.

7. Februar. 18 Tropfen Arsen. Erbrechen. Dreimal täglich 20 Tropfen Tct. Chinae composita. Patient sieht sehr elend aus. Appetitlosigkeit. Mattigkeit. Icterisches Aussehen.

16. Februar. Abends Temperatur 38·9°.

17. Februar. Früh Temperatur 38·7°. $^{1}/_{2}$ Gr. Chinin.

18. Februar. An der Aussenseite des linken Oberschenkels, entsprechend dem Musculus vastus externus eine grosse fluctuirende Geschwulst.

19. Februar. Operation. 15 Ctm. lange Incision mitten über den Abscess. Nach Durchschneidung der Haut gelangt man in eine grosse Abscesshöhle, aus der sich, wie bei einer kurz vor der Operation vorgenommenen Probepunction, gelbgrünlicher Eiter entleert, und zwar jetzt in der Menge von etwa zwei Tassenköpfen voll. Beim Eingehen mit der Hand gelangt man mitten in den Musculus vastus externus hinein und fühlt den Knochen nur noch durch eine dünne Muskelschicht bedeckt. Die Abscesshöhle erstreckt sich weit nach oben und unten, so dass eine vollständige Abtastung der Höhle nicht möglich ist. Ausser dem Eiter entleeren sich aus der Abscesshöhle zum Theil mit Hilfe der Hände grosse Fetzen der pyogenen Membran, sowie reines Muskelgewebe. Um eine bessere Drainirung der Wundhöhle zu ermöglichen, wird etwa handbreit oberhalb des oberen Wundwinkels der Incisionsöffnung eine neue, jedoch nur 2 Ctm. lange Oeffnung gemacht. Nach sorgfältiger Desinfection der Höhle wird dieselbe reichlich mit Jodoformgaze ausgestopft, wobei auch durch die obere Oeffnung Gaze durchgezogen wird.

20. Februar. Gestern Abend Temperatur 39°. 1 Gr. Antipyrin.

Heute Morgens Temperatur 38°. $^{1}/_{2}$ Gr. Chinin.

Grosse Mattigkeit. Starke Schmerzen im operirten Bein. Die obere Incisionsöffnung durch Scheerenschnitt nach unten bedeutend verlängert. Die ganze Höhle wird mit $2^{1}/_{2}$ procentiger Carbolgaze leicht tamponirt. Darüber feuchter Verband; zweimal täglich zu wechseln. Cruraldrüsen indolent.

Hochgradige Kachexie des Kranken. Die Haut des Körpers, besonders des Gesichts, ist gelblich verfärbt; die Haut der Extremitäten, besonders der Hände und Füsse, zeigt kleienförmige Abschilferung der Epidermis. Die Nägel der Hände, besonders der Daumen und Zeigefinger, sind verdickt.

Die Tumoren und Plaques sind sämmtlich verschwunden mit Hinterlassung von Pigmentflecken. In der rechten Glutäalfalte ist der dem ehemaligen Tumor entsprechende Pigmentfleck noch mit einem weichen Krustenbelage versehen.

21. Februar. Temperatur 38·3° gestern Abends.

Temperatur 37·1° heute Morgen.

Etwas Schlaf. Mässiger Appetit.

Der weitere Verlauf der Wundheilung ist fieberlos. Ende April Alles verheilt.

Anfangs Mai zeigt sich an der Aussenseite des rechten Knies eine zehnpfennigstückgrosse, blaurothe, leicht schuppende, wenig infiltrirte Stelle. Patient erhält kleine Arsendosen. Die Plaque wird Anfangs kleiner, ist Mitte Juni jedoch bis zur Fünfmarkstückgrösse angewachsen und stärker infiltrirt.

Später wurde die innerliche Verabreichung des Arsens gänzlich ausgesetzt und der frisch entstandene Knoten jeden zweiten Tag mit Sol. Fowleri bepinselt. Es entstand dann nach acht Tagen eine starke Reizung der Geschwulstoberfläche, die nach einigen Tagen zu ulceriren begann. Es entwickelte sich ein tiefes, kraterförmiges Geschwür, das sich bald mit einem dicken Schorfe bedeckte. Unter diesem Schorf beginnt die Geschwulst sich zurückzubilden. Die Pinselungen mit Fowler'scher Lösung wurden beim Beginne der Hautreizung sofort eingestellt und an Stelle dessen eine rein antiseptische Wundbehandlung eingeleitet.

Pathologische Anatomie:

Der kleine excidirte Tumor von der Innenfläche des rechten Oberschenkels wird in Alkohol gehärtet und mikroskopisch untersucht.

Epithel: Die Hornschicht ist an keinem Schnitte deutlich erhalten, sondern überall durch einen schmalen Schuppenbelag ersetzt. Das Rete Malpighi dagegen ist in allen seinen Schichten intact.

Cutis: Die Veränderungen in der Cutis beginnen constant an drei Stellen: an den zu den Papillen ziehenden Gefässen, an den Schweissdrüsenknäueln und den Haarbälgen, an den Gefässen der Cutis.

Die subpapillaren Gefässe sind sehr stark erweitert, die Gefässhäute dicht von Rundzellen infiltrirt, desgleichen die nächste Umgebung der Gefässe. Die von diesen Gefässen zu den Papillen ziehenden kleinen Stämmchen sind gleichfalls dilatirt, ihre Gefässhäute infiltrirt. Die Papillen sind zum Theil intact, zum Theil, da, wo sich die infiltrirten Gefässe zu ihnen begeben, mit Rundzellen erfüllt, an einigen Stellen vollständig damit ausgestopft.

Die Structur der Cutis ist im Allgemeinen gut erhalten. Nur da, wo Haarbälge und Convolute von Schweissdrüsenknäueln in das Gewebe der Cutis eingebettet sind, sieht man grosse Rundzellenherde, welche das Cutisgewebe verdecken und theilweise verdrängen. Auch die Cutisgefässe sind sämmtlich weit und zeigen an ihren Häuten diese kleinzellige Infiltration. Spindelzellen finden sich in den Rundzellenherden nicht.

Das Unterhautbindegewebe zeigt an einzelnen Stellen schon den Beginn der kleinzelligen Infiltration sowohl rings um die fixen Bindegewebszellen, als auch rings um die Gefässe herum.

An einzelnen Stellen sieht man untereinander die Papillen, in der Tiefe der Cutis die Drüsenknäuel, im Unterhautbindegewebe die Gefässe von Rundzellen infiltrirt, dazwischen normales Gewebe.

Mikroorganismen sind an keiner Stelle nachzuweisen.

Epikrise:

Die Feststellung der Diagnose der Tumoren, welche die beiden von uns beobachteten Patienten darboten, stiess auf keine besondere Schwierigkeit. Da Syphilis in beiden Fällen mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden konnte und die Tumoren auch ihrem klinischen Verhalten nach mit syphilitischen Geschwülsten nicht die geringste Aehnlichkeit darboten, so konnte es sich nur um die Differentialdiagnose zwischen multiplem idiopathischen Hautsarkom und der als Mycosis fungoides Alibert bezeichneten, eigenthümlichen Hauterkrankung handeln.

Der klinische Verlauf lehrte bei beiden, dass die letztere Diagnose die grössere innere Wahrscheinlichkeit darbot.

Vergegenwärtigen wir uns zunächst kurz die Symptomatologie dieser Krankheit!

Die Krankheit verläuft, wenn wir uns nach den von Bazin [4]), Fâbre [16a]), Köbner [32]) u. A. beschriebenen Krankheitsbildern ein Schema construiren wollen, gewöhnlich in drei mehr oder minder genau von einander differenzirten, nach einander oder neben einander verlaufenden Stadien.

I. Stadium (eczematosum nach Kaposi [31]). Es treten erythematöse, stark juckende, runde, selten annuläre bis thalergrosse Plaques theils solitär, theils confluirend auf, die später einen eczematösen Charakter annehmen können. Die Dauer dieses Stadiums ist unbegrenzt. Es können Monate und Jahre vergehen, bis dieses Stadium der Hyperämie und leichten Infiltration zu weiteren Veränderungen der tieferen Hautschichten führt.

II. Stadium (lichenoides nach Bazin [4]), Vidal-Brocq [8]) und Fâbre [16a]). (Stadium der flachen Infiltration nach Köbner [32]); Stadium der Infiltrate nach Funk. [18]) Aus diesen erythematösen, urticösen oder eczematiformen Plaques entstehen später theils knötchenartige, theils flach papulöse Efflorescenzen

mit allen Farbennuancen von Rosaroth bis zum dunkelsten Braunroth; zuweilen gehen diese Infiltrationsherde direct aus vorher intacter Haut hervor, so dass das erste Stadium fehlt. Diese Erhebungen nehmen allmälig zu, fliessen zusammen, bilden grosse kreisrunde, zuweilen auch serpiginöse Formen und sind meist von schrundiger, schuppender, nicht selten stark verdünnter Epidermis überdeckt. Es macht dann den Eindruck, als ob die Elasticität der Epidermis zu gering ist, um sich proportional dem schnellen Aufschiessen und Wachsthum der Infiltrate und Tumoren auszudehnen. Auch dieses Stadium kann jahrelang dauern. Charakteristisch für dieses Stadium ist das abwechselnde Verschwinden und Entstehen dieser Tumoren.

III. Stadium (Stadium mycofungoides der französischen Autoren; Stadium der grossen Tumoren nach Funk [18]); Stadium der „beerschwammähnlichen" knolligen, vielgestaltigen Tumoren nach Köbner. [32])

Schliesslich nehmen diese Tumoren mehr oder weniger schnell zu. Es entstehen grosse, theils harte, theils weich-elastische bis faustgrosse Tumoren, die entweder mit breiter Basis aufsitzen oder mehr pilzartig gestaltet, aber an keine bestimmte Localität gebunden sind. Das Schicksal dieser grossen, lappigen, knolligen Tumoren ist ein doppeltes. Entweder werden sie resorbirt und verschwinden mit Hinterlassung eines Pigmentfleckes oder sie exulceriren und zeigen im Centrum tiefe kraterförmige, theils nässende, theils nach Eintrocknung des Secretes mit dicken Krusten überdeckte Geschwüre, deren Ränder unregelmässig gestaltet, wie zerfetzt aussehen. Diese Geschwüre sind oft tief und können Fascien und Muskeln durchbrechen und bis auf das Periost und den Knochen reichen. Ob diese Ulcerationen durch das beständige Kratzen der Kranken und durch die unvermeidliche Reibung der Kleidungsstücke entstehen oder ob sie ihre Entstehung vielmehr einer spontanen, centralen Erweichung, wie sie bei Hautsarkomen häufig beobachtet wird, verdanken, ist unentschieden. Möglicherweise kommen mehrere prädisponirende Momente dabei in Betracht. Dieses Stadium endigt meist letal. Die Patienten gehen an Marasmus und pyämischen Erscheinungen zu Grunde. Nur in zwei Fällen wurde eine vollständige Heilung nach Arsengebrauch erzielt. (Köbner [32]), Geber. [21])

Vergleichen wir nun mit diesem Schema den Krankheitsverlauf bei den von uns beobachteten beiden Kranken, so besteht bei Frau H., unserem ersten Fall, wohl nicht der leiseste Zweifel über die Diagnose. Es ist dies ein absolut typischer Fall von Mycosis fungoides. Alle Stadien, alle subjectiven wie objectiven Symptome sind charakteristisch vertreten. Verhältnissmässig spärlich sind die Erscheinungen des ersten Stadiums, sehr reichlich dagegen die des zweiten. Neben den flachen, rothen, leicht schuppenden Erhebungen, wie sie Köbner[32]) besonders beschreibt, sieht man knötchenförmige, stecknadelkopf- bis linsengrosse, gelblichrothe Eruptionen, die die grösste Aehnlichkeit mit Lichen ruber darbieten. An anderen Stellen wiederum bemerkt man die Umwandlung schuppender Plaques des ersten Stadiums in Tumoren des zweiten Stadiums. Besonders charakteristisch ist eine Stelle an der rechten Halsseite, wo ein solcher in der Umwandlung zu einem Tumor begriffener, eczematöser Fleck, von spiegelnder Epidermisdecke überzogen, beobachtet werden konnte.

Das Wachsthum der Tumoren geht in dreifacher Richtung vor sich. Entweder reihen sich mehrere Knoten in charakteristischer Weise zu ringartigen und serpiginösen Formen aneinander, wobei die Mitte dieser Ringe oder die zwischen den Schlangenlinien der serpiginösen Tumoren befindliche Haut unverändert erscheint, oder die periphere Zone eines Erythemfleckes wandelt sich theils ganz und gar, theils nur an einzelnen Stellen in Tumormasse um. Es resultirt daraus gewöhnlich eine Ring- oder Hufeisenform mit einem erythematösen, gar nicht oder wenig infiltrirten Centrum.

An anderen Stellen entsteht diese Ringform dadurch, dass an einem einzigen Knoten das Centrum einsinkt, atrophirt oder resorbirt wird und dann ein peripherischer Wulst mit einer pigmentirten centralen Delle übrig bleibt. Stossen zwei solche Geschwulstringe zusammen, so entstehen zunächst Achterformen, wie bei unserer Kranken am rechten Oberarm, und werden dann die aneinander stossenden Kreissegmente resorbirt, so entwickeln sich serpiginöse Formen, die reichliche Pigmentmassen hinterlassen.

Das dritte Stadium ist in recht charakteristischer Weise durch den beschriebenen Tumor an der linken Brustwarze und durch jene länglich gestaltete Geschwulst an dem unteren linken

Schulterblattwinkel vertreten. Diese beiden Tumoren bilden den Typus der „beerschwammähnlichen, knolligen“ Geschwülste, welche Köbner [32]) als charakteristisch für diese Krankheit bezeichnet hat.

Die zahlreichen Pigmentflecke, von welchen im Status die Rede ist, zeigen, dass die Efflorescenzen einer Rückbildung fähig sind. Auch gibt die Patientin selbst an, dass bereits sehr viele grosse Tumoren sich merklich zurückgebildet haben. Dass wir bei dieser Rückbildung dem Arsen eine grosse Rolle zuschreiben müssen, ist wohl ohne Zweifel, ebenso dass das Arsen in kleinen Dosen in günstiger Weise auf das Allgemeinbefinden und vielleicht gerade dadurch, dass es das Wachsthum der Tumoren verhindert und ihre Rückbildung begünstigt, einwirkt. Patientin ist, obwohl jetzt die Krankheit länger als zwei Jahre besteht, wohlgenährt, im vollen Besitze ihrer Kräfte, vielleicht nur deshalb etwas angegriffen, weil ihre Nachtruhe sehr durch den Juckreiz leidet. Das Arsen in Form der keratinirten Pillen wird ausserordentlich gut vertragen; wie die Resorptionsverhältnisse sind, lässt sich freilich schwer angeben. Zahlreiche therapeutische Beobachtungen erwecken in uns die Ueberzeugung, dass der Erfolg der arsenigen Säure in wässeriger Lösung ein prompterer ist; allerdings sind Arsenintoxicationen bei dieser Art der Darreichung viel häufiger, was uns wiederum beweist, dass es schneller, leichter und sicherer in dieser Form resorbirt wird.

Wie weit die externe Behandlung, die zur Unterstützung der internen Therapie angewendet wurde, von irgend welchem Einfluss auf die regressiven Vorgänge der Tumoren, eventuell auf die Consistenz derselben gewesen ist, lässt sich nicht feststellen.

Jedenfalls haben die externen Mittel, besonders die jetzt benützte, mit Glycerin überfettete Salicylseife den grossen Vorzug, dass sie die Haut geschmeidig erhalten, insbesondere einem Platzen der meist straff gespannten Epidermis vorbeugen und dass sie den Juckreiz mildern.

Auch der zweite, von uns beobachtete Krankheitsfall bietet viele Analogien mit der als Mycosis fungoides bezeichneten Dermatose dar, wenngleich seine äussere Erscheinungsform in einer Beziehung von der eben beschriebenen Hauterkrankung abweicht.

Besonders auffällig nämlich und dem Bilde der My-

cosis fungoides eigentlich vollständig fremd sind jene grossen, brettharten, derben, nicht pilzartig aus der Haut herauswachsenden, sondern in die tiefen Gewebslagen sich versenkenden Tumoren an der Plica glutaeo-femoralis dextra und an dem linken Oberschenkel unterhalb des Trochanter major, welche in dieser Art bisher nur noch von Virchow[42]) *) bei der Mycosis fungoides beschrieben sind, welche so völlig von dem Typus der Mycosisgeschwülste abweichen und sich dem der Sarkome so sehr nähern, dass wir uns die Frage vorlegen müssen: Besteht bei unserem Kranken wirklich Mycosis fungoides oder eine reine Hautsarkomatose?

Allein der Beweis dafür, dass die erstere Anschauung die richtige ist und die Tumoren nur als Theilerscheinungen einer reinen, unverfälschten Mycosis fungoides aufzufassen sind, lässt sich unschwer erbringen, wenn wir

1. die anderen Efflorescenzen, welche der Kranke darbietet, betrachten und

2. die Entwickelung jener grossen Geschwülste ins Auge fassen, eventuell auch

3. den therapeutischen Erfolg der von uns angewandten Arsentherapie zur Beweisführung heranziehen.

Was den ersten Punkt betrifft, so sehen wir, dass der Patient an seinen Unterextremitäten, vorwiegend an den Oberschenkeln, zahlreiche, meist runde oder ovale, schuppende und geröthete, mässig stark juckende Hautstellen aufweist. Diese erythematösen und eczematösen Plaques zeigte der Kranke zum Theil schon bei seiner Aufnahme in die Klinik, zum Theil sehen wir sie unter unseren Augen entstehen und wachsen. Wir bemerken an Stellen, die vorher intact erschienen, plötzlich eine Röthung; diese nimmt allmälig an Umfang zu und nach kurzer Zeit bildet sich auf dieser gerötheten Stelle ein leichter Schuppen-

*) c. l. S. 539. An anderen Stellen, insbesondere an den Oberschenkeln, hat das Leiden eine gewisse Aehnlichkeit mit Lupus hypertrophicus serpiginosus: es bildet grosse Ringe, mit dicker, wallförmig aufgetriebener, stark gerötheter und sehr dünnhäutiger, grob beerenförmiger Hautschwellung um ein ziemlich umfangreiches, bis zu mehreren Zollen im Durchmesser haltendes Centrum von zum Theil ganz normaler, zum Theil durch weissliche, narbenartige Stellen fleckiger und mit bräunlicher Oberhaut überzogener Haut.

belag. Diese Stellen sind zuerst wenig infiltrirt und entsprechen somit unschwer dem ersten Stadium der Mycosis fungoides.

Allmälig beginnen diese Plaques sich stärker zu infiltriren, sie erheben sich flach über der Haut, was wir besonders an dem von uns excidirten Stücke aus der Haut des rechten Oberschenkels beobachten konnten. Auch bietet uns für dieses allmälige Entstehen aus einer eczematösen Hautpartie der Tumor an der Innenseite des rechten Unterschenkels ein treffendes Beispiel und damit ist auch die Analogie zu dem zweiten Stadium der Mycosis fungoides gegeben.

Aus den Efflorescenzen dieser ersten beiden Stadien lassen sich nun auch unschwer jene grossen Tumoren, die wir als dem dritten Stadium angehörig ansehen müssen, ableiten, wenn dieselben auch unter einander wieder ihrer äusseren Form nach sich sehr unterscheiden. An dem linken Oberschenkel finden wir einen Tumorenring, der ein pigmentirtes Centrum einschliesst. Diese centralen Pigmentreste ebenso die Anamnese ergeben mit Bestimmtheit, dass sich dort vorher ein rother Fleck befand, der sich allmälig vergrösserte und an dessen Peripherie dann jene wulstartigen Bildungen hervortraten. Daraus folgt, dass auch dieser Tumorenring — wie überwiegend alle anderen — ursprünglich aus einer Efflorescenz des Primärstadiums hervorging. Die ringförmige Anordnung der Einzelknoten wird uns um so weniger überraschen, als wir in unserem ersten Falle so typische, serpiginöse und annuläre Formen beobachteten. Bemerkenswerth ist aber hierbei, dass auch diese grossen Tumoren nicht persistent blieben, sondern ein auffallend schnelles Verschwinden, nachdem die specifische Behandlung eingeleitet war, aufwiesen.

Die Arsenbehandlung (Sol. Acid. arsenicos. 0·5 : 100·0) leistete dem Patienten vortreffliche Dienste. Täglich konnte man regressive Wandlungen der vorhandenen Efflorescenzen beobachten. Die grossen Tumoren wurden flacher, weicher; die kleineren verschwanden bald ganz, die schuppenden, erythematösen Hautpartien wurden blasser, schliesslich sah man an allen den Stellen, welche vorher von Mycosis fungoides befallen waren, nichts weiter, als Pigmentflecke, entsprechend der Grösse und Configuration der vorher dort vorhandenen Neubildungen. Da die Affection bis zum

Eintritt der Arsenbehandlung und sogar noch in der ersten Zeit derselben an vielen Stellen weiterschritt, von da an aber rapid zurückging und in kurzer Zeit sogar vollständig verschwunden war, so kann man nur dem Arsen diese Wirkung zuschreiben. Es musste jedenfalls eine sehr starke Resorption des Arsens stattgefunden haben, die freilich nicht ohne Einwirkung auf das Allgemeinbefinden blieb, indem sich deutliche Symptome von Arsenintoxication bemerkbar machten.

Dazu gesellte sich unglücklicher Weise der geschilderte Abscess an der linken Fusssohle, dann an dem linken Oberschenkel eine tiefe, intermusculäre Phlegmone. Dass diese Eiterungen, zumal sie von hohem Fieber begleitet waren, in ungünstiger Weise das schon in hohem Grade durch die Arsenintoxication mitgenommene Allgemeinbefinden beeinflussten, ist wohl zweifellos.

Wie sollen wir uns nun das Zustandekommen dieser Abscesse vorstellen? Besteht ein Zusammenhang der Mycosis mit diesen Eiterungen oder haben wir es mit phlegmonösen Vorgängen, unabhängig von der Dermatose zu thun?

Bei der Mycosis fungoides werden pyämische Vorgänge beobachtet, aber nur wenn die Patienten sich schon in extremis befinden. Sie bilden die Katastrophe des langjährigen Trauerspiels. Unser Patient aber, dessen Befinden zwar zur damaligen Zeit zu den erstesten Befürchtungen Anlass gab, hat sich so vollständig erholt, dass wir wohl mit Bestimmtheit einen Zusammenhang zwischen Mycosis fungoides und jenen Abscessen ausschliessen und annehmen können, dass die Abscesse durch äussere Infection bedingt waren. Vielleicht hatte der Kranke, in seinem Berufe als Zimmermann mit blossen Füssen arbeitend, sich eine Verletzung (Splitter) zugezogen. Beide Momente, die Arsenintoxication und die Phlegmonen brachten eine sehr hochgradige Kachexie zu Wege, von der sich der Patient nur langsam erholte. Zur Zeit nimmt er nur kleine Arsendosen. Diese waren nöthig, weil inzwischen eine neue kleine Eruption entstand.

Die Erscheinungen der beiden von uns beobachteten Kranken weisen nun viele Analogien auf, besonders der Beginn der Affection mit der Bildung jener rothen, erythem- beziehungsweise eczemartigen Stellen; bei beiden finden sich die Plaques des ersten

Stadiums noch zu einer Zeit, wo schon die Ausbildung der Tumoren an anderen Stellen einen hohen Grad erreicht hat.

Aus diesen Plaques sehen wir bei beiden die flachen, papulösen Erhebungen des zweiten Stadiums der Mycosis fungoides entstehen. Dagegen fehlen dem Kranken P. jene lichenartigen Eruptionen ganz.

Grössere Unterschiede, und zwar an Grösse, Gestalt und Consistenz, bieten nur die Tumoren des dritten Stadiums, wie aus der Krankengeschichte zur Genüge hervorgeht.

Das Wachsthum der Geschwülste war besonders bei P. ein ausserordentlich schnelles. In wenigen Monaten sind diese mächtigen Infiltrate entstanden. Bei Frau H. sehen wir dafür sehr zahlreiche (kleinere) Knoten emporschiessen.

Auffallend war die Differenz der Arsenwirkung, welche vielleicht auf die Verschiedenheit der Krankheitsformen, vielleicht aber auf die oben bereits auseinandergesetzte Differenz der Verabreichung zu beziehen ist.

Zu welcher Classe von Geschwülsten gehören die Tumoren der Mycosis fungoides?

Drei Standpunkte stehen sich vor der Hand unvermittelt gegenüber, nämlich die Auffassung als

1. Lymphadenie,
2. Sarkome,
3. infectiöse Granulationsgeschwülste.

Die mikroskopische Untersuchung zunächst gibt keine bestimmte Antwort darauf, da die in den Tumoren vorhandenen Rundzellen nach keiner Richtung hin der Form oder Lagerung nach charakteristisch sind und einen Schluss auf ihre Herkunft gestatten.

Die Auffassung der Franzosen, die die Krankheit als „Lymphadénie cutanée“ bezeichnen, können wir jedenfalls nicht acceptiren. Das Lymphgefässsystem und die Lymphdrüsen insbesondere, sind gar nicht betheiligt;*) Leukocytose des Blutes ist nie bei der wahren Mycosis fungoides beobachtet. Ausserdem findet

*) In neuerer Zeit wird allerdings von französischer und englischer Seite (Besnier, Vidal, Hallopeau, Blanc) der Versuch gemacht, Lymphdrüsenschwellungen als ein nothwendiges Postulat für die Diagnose der „Mycosis fungoides“ hinzustellen, allein es handelt sich wohl bei den meisten

man in grossen Mykosisknoten keineswegs ausschliesslich — lymphatische — Rundzellen, sondern auch — spindelförmige — Entwickelungsformen, die gewiss als Abkömmlinge der fixen Bindegewebszellen aufzufassen sind. Mastzellen sind gleichfalls nicht selten.

Ebensowenig können wir der Anschauung Kaposi's[31]), die in neuester Zeit in Funk[18]) einen warmen Anhänger gefunden hat, beipflichten, dass die Mycosis fungoides den Sarkomen angehört. Wenngleich das mikroskopische Bild eines ausgebildeten Mykosisknotens oft nicht von dem des idiopathischen multiplen Hautsarkoms zu unterscheiden ist, so zeigt doch die Entwickelung der Mykosisknoten fast constant eine wesentliche Abweichung von der der Sarkome. Die Entwickelung der ersteren beginnt stets in den oberflächlichsten Schichten der Cutis, meist um die subpapillären Gefässe und um Drüsen und Haarbälge und auch in den Papillen selbst, während die sarkomatöse Infiltration zumeist in den tiefsten Cutisschichten*) ihren Anfang nimmt, dann gewöhnlich auf das subcutane Gewebe übergreift und erst später die oberflächlichsten Hautschichten befällt, so dass der grösste Theil der Cutis noch immer intact ist, wenn in der Tiefe schon ein fester Geschwulstknoten sitzt. Allerdings sagt Virchow:[54]) „Manche Sarkome gehen ganz oberflächlich von der Haut aus, so dass selbst die tieferen Schichten der Cutis nicht daran theilnehmen."

Allein er setzt hinzu: „Die oberflächlichen pflegen ein deutlich warziges oder lappiges Aussehen zu besitzen und daher bald gewissen Warzen und Condylomen, bald den Cancroiden zu gleichen", Erscheinungsformen, die von den primären „eczematösen" Plaques der Mycosis fungoides sich so unterscheiden, dass diese oberflächlichen (übrigens meist melanotischen) Hautsarkome überhaupt keine Aehnlichkeit mit den Mykosisgeschwülsten haben.

---

diesbezüglichen Fällen um die Lymphodermia perniciosa (Kaposi), die, wie Schiff auf dem internationalen Congress für Dermatologie und Syphilographie zu Paris ganz richtig bemerkt, streng von der Mycosis fungoides auseinanderzuhalten ist.

*) Sehr anschaulich wird die Entwickelung der Hautsarkome aus den tieferen Hautschichten von William Robinson (Multiple sarcomata of the skin. Brit. med. Journ. 1888, S. 793) geschildert.

„Andere", fährt Virchow fort, „liegen etwas tiefer, so dass wenigstens Anfangs der Papillarkörper noch unversehrt darüber hinweggeht. Diese bilden glatte Geschwülste, den Fibromen und Mollusken ähnlich; manchmal ist die Haut über ihnen ganz eben und glänzend." Diese bieten vielleicht makroskopisch eine entfernte Aehnlichkeit mit den Mykosisgeschwülsten, allein ihre Entstehung aus den tieferen Hautschichten und wesentlich der Mangel aller entzündlichen Vorgänge scheidet sie streng von den Infiltraten der Mykosis.

Was die Vergrösserung der Sarkome betrifft, so sagt Funk:[18])

1. Der Sarkomknoten vergrössert sich durch die Proliferation der eigenen Elemente. Solche Knoten sind nur lose mit der Umgebung verbunden, oft incapsulirt, leicht ausschälbar.

2. Durch Invasion des Nachbargewebes (infectio per continuitatem, envahissement contin.), indem sich die Sarkomfascikel in der Richtung des schwächeren Widerstandes in das Gewebe hineinschieben. Es entsteht in dieser Weise in der Umgebung des Knotens eine diffuse Infiltrationszone, oder es entstehen neue Knoten, die dann mit dem Mutterknoten in einen grösseren, gelappten Tumor verschmelzen (Sarc. tuberosum, lobulare).

Der Mykosisknoten aber vergrössert sich dadurch, dass immer neue Schichten der Peripherie infiltrirt werden, nicht durch Proliferation der Geschwulstelemente. Daher sind dann diese Knoten so innig mit der umgebenden Haut verbunden, der Uebergang ist ein so allmäliger (wie wir an vielen Schnitten Gelegenheit hatten zu beobachten), dass solche Knoten niemals „incapsulirt", noch weniger jemals leicht ausschälbar sind. Eine Metastasenbildung in das Nachbargewebe hinein, wie sie auch Virchow[54]) für die Hautsarkome als charakteristisch beschreibt, ist bei der Mycosis fungoides nicht beobachtet. Der Tumor bei der Mykosis dagegen ist in seinem Flächenumfang kaum grösser, als der „eczematös" erkrankten Hautoberfläche entspricht, und neue Knoten, die sich an ihn anschliessen, entstehen stets selbstständig von der Hautoberfläche aus, mit frischen entzündlichen Infiltrationen. Kurz, alles Wachsthum bei der Mykosis, sowohl im ersten primären Entstehen als im Fortschreiten der Infiltrate zu Tumoren entsteht auf dem Wege der Entzündung, während diese bei den als

echte Geschwülste zu betrachtenden Sarkomen höchstens hin und wieder, als accidentelles Moment hinzutritt.

Mehr als die pathologisch-anatomischen Unterschiede trennen die klinischen Eigenthümlichkeiten die Mycosis fungoides von den Hautsarkomen.

Jenes erythematöse, eczematöse, beziehungweise urticariaartige Vorstadium, ausgezeichnet durch ausserordentlichen Juckreiz, fehlt den Sarkomen in dieser charakteristischen Weise vollständig. Die vereinzelten erbsen- bis mandelgrossen rothen oder rothbraunen glatten, aus unveränderter Oberhaut bestehenden Flecke, welche, wie Funk[18]) mit Bezug auf die Fälle von Amicis[2]) und Köbner[32]) erwähnt, oft jahrelang als einziges Krankheitssymptom der drohenden Sarkomatose bestehen, sind gar nicht zu vergleichen mit den weit über den Körper verbreiteten, zuweilen spontan verschwindenden und wieder auftretenden, meist schon schuppenden Erythemflecken, aus welchen sich in den meisten Fällen die Tumoren der Mykosis direct und zwar entsprechend der Grösse dieser Plaques erheben.

Während wir ferner bei der Mykosis ein abwechselndes Verschwinden und Entstehen der Efflorescenzen aller Stadien beobachten, gehört eine Spontanresorption ganzer Tumoren bei den Sarkomen zu den grössten Seltenheiten, wenngleich sie nach Funk[18]) bei ihnen „mitunter" vorkommt.

Köbner[32]) spricht mit Berufung auf Cohnheim diese Eigenschaft den Sarkomen sogar ganz ab: „Aus diesen zahlreichen Charakteren würde schon die eine fundamentale Eigenschaft der spontanen totalen Resorptionsfähigkeit zur principiellen und vollständigen Unterscheidung vom Sarkom und allen eigentlichen Neoplasmen genügen, deren einzige cardinale, von allen Anatomen anerkannte Eigenschaft es ist, sich niemals spontan zu involviren."

Wenn wir ferner das fast typische Auftreten der Mykosisefflorescenzen zu Kreisen, die Anordnung in serpiginösen Formen, die namentlich in unseren Fällen so ausgeprägt war und lebhaft an die Entwickelung gewisser parasitärer Hauterkrankungen erinnert, berücksichtigen, so liegt der Verdacht nahe, dass es sich bei der Mycosis fungoides um einen chronisch-entzündlichen Process der Haut auf parasitärer Grundlage, analog der Lepra, dem

Rhinosklerom u. a., handelt. Leider sind wir nicht in der Lage, unsere Annahme durch Bacterienfunde — in keinem Präparat gelang es uns, weder nach Gram'scher noch Löffler'scher noch Kühne'scher [33]) Färbung, Mikroorganismen zu finden — zu stützen.

Ebensowenig können wir aus bekannten Gründen (cf. Payne[41]), Köbner[32]), Funk[18]) die Bacterienbefunde von Rindfleisch[46]), Hammer[25]), Schiff und Hochsinger[29]), de Amicis[2]) mehr als accidentell auffassen, was auch Neisser[40 b]) für die von ihm in exulcerirten Granulomknoten gefundenen Streptococcen thut. Vorderhand können wir also zur Stütze unserer Anschauung nichts als den klinischen Gesammteindruck des Krankheitsbildes heranziehen.

Auch Dönitz und Lassar[35 b]) gelang es durch keine Art der Färbung „weder Bacillen noch Coccen, noch sonst einen Parasiten zu finden. Ebenso schlugen ihre bacteriologischen Versuche und Thierimpfungen fehl. Den gleichen negativen Erfolg erzielten die diesbezüglichen Nachforschungen Maiocchi's (Discussion auf dem XII. Congress der italienischen Aerzte zu Pavia, 19.—25. September 1887).

Den Umstand, den manche Autoren zu Gunsten der von uns vertretenen Ansicht anführen, dass sich die Mycosis fungoides von den Sarkomen durch ihre Heilbarkeit auszeichnet, möchten wir weniger hoch anschlagen.

In der ganzen Literatur finden sich nur zwei — auch der von Lassar[35 a]) mit Mercur und Jodkali behandelte und ursprünglich gebesserte Fall von Mycosis fungoides ist, nach den neuesten Mittheilungen von Dönitz und Lassar[35 b]), an Marasmus später zu Grunde gegangen — nach Arsengebrauch genesene Kranke, denen ein durch Arsen geheilter Sarkomfall gegenübersteht. *)

Zum Schlusse meiner Arbeit statte ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor Neisser, meinen ergebensten Dank ab für die Anregung zu dieser Arbeit und für seine gütige Unterstützung bei der Abfassung derselben.

*) In neuerer Zeit berichtet auch Sherwell (Multiple sarcomata. Journ. of cut. and gen.-urin. dis., Januar 1889) über den günstigen Einfluss des Arsens auf Hautsarkome.

Literaturnachweis.*)

1. Alibert. Monographie des Dermatoses. Paris 1832, pag. 425. — 2. de Amicis. a) Contribuzione clin. ed anat.-patol. allo studio del Dermo-Limfo-Adenoma fungoide. (Con 6 tav.) Napoli 1882. Ann. de derm. et de syph. III., pag. 452, 1882. b) Ueber Mycosis fungoides Alibert (Dermo-Lympho-Adenoma fungoides). XII. Congress d. ital. Aerzte zu Pavia, 19. bis 25. September 1887. — 3. Auspitz. Ein Fall von Granuloma fungoides. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1885. System der Hautkrankheiten, Wien 1881. — 4. Bazin. Affections cutanées artificielles 1852. — 5. Besnier. a) Ann. de derm. et de syph. Paris 1884. b) Lymphomatose cutanée généralisée ou dermatite lymphoide généralisée avec nodules, plaques et tumeurs. Lymphodermie pernicieuse de Kaposi. Réunion clinique hebdom. du l'hôpital Saint-Louis, 25. Juni 1889. Ann. de derm. et de syph. — 6. Henry Wm. Blanc. Report of a case of the mycosis of Alibert. Journ. of cut. and gen.-urin. dis., Vol. VI, Juli-August 1888. — 7. Brachet. Observation de Mycosis fongoide. Rec. de mém. de méd. et chir. militaire. 3 S. XXXIII., pag. 626, November, December, 1877 (Mit Abbildungen). — 8. Brocq et Vidal. Étude sur le Mycosis fongoide. France méd. 1885, Nr. 79—85. — 9. Brocq L. Qu'est-ce que le mycosis fongoide. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. Revue derm. Nr. 14. — 10. M. Bruchet. Mycosis fongoide. Réunion clin. hebdom de l'hôpital Saint-Louis. 25. Juni 1889. Ann. de derm. et de syph. — 11. Ciarrocchi. Ueber den Zusammenhang zwischen Mycosis fungoides und primärem Hautsarkom. Congress d. ital. Aerzte zu Pavia, 22. September 1887. — 12. Debove. Bullet. de la société anat. 1872. — 13. Demange. Du Mycosis fongoide. Ann. de derm. 1873—1874, Nr. 2. — 14. Duhring. A case of inflammatory fungoid neoplasm. Arch. of Derm. 1879—1880. — 15. Eve Frederic S. Pseudo-granuloma fungoides of foot. Transact. of the path. soc. XXXVII. Journ. of cut. and ven. dis. 1888. — 16. Fabre. a) Des manifestations cutanées de la lymphadénie à propos d'un cas du mycosis fongoide. Bullet. de l'acad. de méd. 1879, 2 S., VIII., pag. 1135 und Gaz. méd. de Paris, 1884, V—VII. b) Sur le mycosis fongoide. Gaz. med. de Paris Nr. 35 u. 36 (Suite des n's 5—7, 1884). — 17. Pio Foa. Fibromatose cutanée ulcéreuse mycotique. Arch. per les sciences med., Vol. VIII, Nr. 16. — 18. Funk. Klinische Studien über Sarkome der Haut. Monatsh. f. prakt. Derm. 1889, Bd. VIII., 1 u. 2. — 19. Gaillard. Ann. de derm. 1882. — 20. Gamberini. Giorn. delle mal. ven. e della pelle 1878. — 21. Geber. Ueber eine entzündliche fungöse Geschwulstform der Haut. Deutsches Arch. f. klin. Med., XXI., pag. 290, 1878. — 22. Le Gendre. Mycosis fungoides. St. Louis Cour. med. 1886. — 23. Gillot. Étude sur une affection de la peau décrite sous le nom de Mycosis fungoide (Lymphadénie cutanée). Paris 1869. Thèse de doctorat. — 24. Hallopeau. a) Revue d. sc. méd. Paris 1885. b) Ueber einen Fall von Lymphodermia scarlatiniformi, der wahrscheinliche Anfang der Mycosis fungoides. Internat. Congress f. Derm. u. Syph. in Paris 1889. — 25. Hammer. Mittheilungen aus der Würzburger med. Klinik 1886. — 26. Hardaway. Fall von multipler Neubildung der Haut, begleitet von intensivem Jucken. Arch. of Derm. 1880. — 27. Havas. Ein Fall von Mycosis fungoides. Pester med.-chir. Presse 1883, pag. 200. — 28. Hillairet. Un cas de Mycosis fongoide. Acad. de méd. 4. December 1877. — 29. Hochsinger und Schiff. Zur Lehre vom Granuloma fungoides (Mycosis fun-

*) Die Lehrbücher der pathologischen Anatomie, die über Mycosis fungoides abhandeln, sind nicht aufgeführt.

goides Alibert). Wien 1886 (im Selbstverlage der Verf.). — 30. Hyde. Study of a case of multiple Sarcom of the Skin. (Myeloma, Mycosis fungoides, Fungoid inflammatory neoplasm.) Edinburgh Med. Journ. 1884, pag. 591. — 31. Kaposi. a) Lehrbuch der Hautkrankheiten pag. 468. b) Ueber Mycosis fungoides und ihre Beziehungen zu anderen ähnlichen Erkrankungsformen. Vortrag, gehalten in der Sitzung d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien am 1. April 1887. Wiener med. Wochenschr. 1887, Nr. 21 u. 22. — 32. Köbner. a) Klinische und experimentelle Mittheilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie. Erlangen 1864, pag. 37—47. b) Sitzung der Berliner med. Ges. vom 7. März 1887. Berliner klin. Wochenschr. 1883, Nr. 27. c) Mycosis fungoides (Alibert). Nach einem in der Section für Dermatologie und Syphilidologie der 54. Naturforscherversammlung zu Berlin gehaltenen Vortrage. Deutsche med. Wochenschr. 1886, Nr. 39 u. 40. d) Histologisches und Bacteriologisches über Mycosis fungoides (Alibert). Fortschr. d. Med. Nr. 17, 1. September 1887. — 33. Kühne Hermann. Beitrag zu den Pilzbefunden bei Mycosis fungoides. Derm. Studien, herausgegeben von Dr. P. G. Unna 1887. — 34. Landouzy. Mémoires de la Société de biologie. Decembre 1871. — 35. Lassar. Derm. Vereinigung zu Berlin. Sitzung vom 1. November 1888. Prakt. Monatsh. f. Derm. 1888, Nr. 11. — 35b. Dönitz und Lassar. Ueber Mycosis fungoides (Granuloma fungoides). Virchow's Arch. 1889, Bd. 116. — 36. Mannino. Sulla mycosi fungoid di Alibert. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Milano 1883, XXIII. — 37. Meyer Julius. Virchow's Arch. 1869, 4. Folge, VI. Bd., pag. 113. — 38. Mougin. A case of Lymphadenoma cutis. Union méd. et scient. du Nord-Est. The brit. Journ. of derm. 1889, March. — 39. Naether. Granuloma sarcomatosum cutaneum. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1883, pag. 470. — 40. Neisser. a) Granuloma fungoides. Ziemssen's Handbuch der Hautkrankheiten. I. 1884. b) Debatte über Mycosis fungoides. 59. Naturforscherversammlung, Berlin 1886. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887. — 41. J. F. Payne. Granuloma fungoides. Journ. of cut. and ven. dis. 1888. — 42. Perrin. De la sarcomatose cutanée. Paris 1886. — 43. Pick. Mittheilung eines Falles von Mycosis fungoides mit Krankendemonstration. Vortrag auf d. I. Congress der Deutschen Derm. Ges. 1889 Pfingsten, Prag. — 44. Port. Ein Fall von multipler Sarkombildung der Haut unter dem Bilde der Mykosis. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1874, XII., pag. 134. — 45. Ranvier. Manuel d'histol. pathol. I. pag. 301 u. II. pag. 863. — 46. Rindfleisch. Mycosis fungoides. Deutsche med. Wochenschr. 9. April 1885. — 47. Rosin. Ueber das idiopathische multiple pigmentlose Hautsarkom. Inaugural-Dissertation 1887, Freiburg. — 48. Mixhail J. Stükovenkoff. Mycosis fungoides Aliberti s. granuloma fungoides Auspitzii s. Lymphadenia cutis. Transact. of the third. gen. meeting of Russ. med. men at St. Petersburg 1889, Nr. 10, pag. 341. The brit. Journ. of derm., April 1889. — 49. Tanturri. Trois nouveaux cas de mycosis fongoide. Il Morgagni 1877. — 50. Theobold. Inaugural-Dissertation Lemgo 1865. Boston Med. Journ. October 1885. — 51. Tilden. Referirt in Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1886, I., pag. 106 und in Köbner, Mycosis fungoides (Alibert). Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39 u. 40, 1886. — 52. Veiel. Ueber Mycosis fungoides. Vortrag auf d. I. Congress d. Deutschen Derm. Ges. in Prag 1889, Pfingsten. — 53. M. Vidal. Observation de lymphodermie pernicieuse. Ann. de derm. et de syph. Deux. série. 25. Juin 1889. — 54. Virchow. Die krankhaften Geschwülste, II., pag. 538, 1864—1865.

Beitrag zur Beurtheilung des Werthes der verschiedenen Quecksilberpräparate in der Syphilistherapie.

Von

Dr. Erich Lexer in Würzburg.

Es hat sich im Laufe der Jahrhunderte auf dem Gebiete der Syphilistherapie die Inunctionscur mit Quecksilbersalben von ursprünglich sehr zweifelhaften und grausamen Methoden, insbesondere auch durch das Verdienst von Sigmund in diesem Jahrhundert zu der besten und sichersten Heilmethode der Syphilis entwickelt. Aber seit ihrer Existenz hatte die Inunctionscur ihre gewaltigen Gegner. Abgesehen von früherer Zeit, wo das Suchen nach neuen Mitteln nur zu gerechtfertigt war durch die Angst und Scheu von Laien und Aerzten vor den oft mit entsetzlichen Folgen begleiteten, unvernünftig gehandhabten Inunctionscuren, findet man namentlich in neuerer Zeit einen beständigen Kampf gegen diese Therapie, ein beständiges Suchen und Versuchen, durch andere Mittel und Methoden die veraltete Methode der Syphilisbehandlung durch Einreibungen mit grauer Salbe zu stürzen und Besseres an ihre Stelle zu setzen.

So geht schon seit mehreren Jahrzehnten das Streben der Forscher und Aerzte dahin, eine chemische Verbindung des Quecksilbers zu finden, die neben starker Entfaltung ihrer Wirkung auf das syphilitische Gift vom Organismus gut vertragen wird und durch die Art der Anwendung jene Nachtheile entbehrt, die bei den Einreibungen theils nicht vermieden, theils durch Unachtsamkeit hervorgerufen werden können.

Von diesen Schattenseiten der Inunctionen steht der von alter Zeit her schon beobachtete Speichelfluss an der Spitze, den man sich damals sogar bemühte hervorzurufen, da man in ihm die Abflussquelle des Syphilisgiftes sah, der aber heutzutage durch vorsichtige Behandlung auf ein Minimum beschränkt wird. Man behauptet ferner (Rindfleisch, Arch. f. Derm. u. Syph. 1870; Fleischer, Röhrig), das Quecksilber könne durch die unversehrte Haut nicht eindringen; wenn dasselbe also bei Einreibungen in den Organismus gelangt, so könne dies nur in Dampfform und durch die Athmungsorgane geschehen, zumal ja bekannt ist, dass das Quecksilber schon bei gewöhnlicher Temperatur verdampft, um so mehr also beim Erwärmen während der Einreibungen. Dabei setzt es sich am Zahnfleisch nieder und ruft durch Reizung Affectionen der Mundschleimhaut hervor. Nach Cohnheim kann es nicht mit Sicherheit bestimmt werden, wie grosse Quantitäten Quecksilber bei den Einreibungen in den Organismus gelangen; möglich ist es, dass das Quecksilber in Dampfform die Haut durchdringt, wie dies ja für viele Dämpfe und Gase nachgewiesen ist. Lesser bemerkt in seinem Lehrbuche der Haut- und Geschlechtskrankheiten zu dieser Frage: „Dass eine Resorption wirklich stattfindet, darüber kann ein Zweifel nicht bestehen, denn manchmal gelingt es schon 24 Stunden nach der ersten Einreibung, Quecksilber im Urin nachzuweisen; wahrscheinlich geschieht diese Resorption im Wesentlichen in den Ausführungsgängen der Schweiss- und Talgdrüsen“, wie dies auch durch anatomische Untersuchung excidirter Hautstückchen nachgewiesen wurde, neuerdings von Pinner (Therap. Monatsh. 1889, 7), und spielt die Aufnahme durch die Respiration nur eine ganz untergeordnete Rolle. Weitere Einwürfe gegen die Inunctionen sind folgende: Man kann die richtige Anwendung nicht immer genau controliren, auf empfindlicher reizbarer Haut treten Erytheme und Eczeme auf, die Anwendung selbst ist mühsam, verschwendet Zeit und verunreinigt Wäsche und Betten; nicht luetische Personen, welche den nämlichen Krankensaal mit den luetischen bewohnen, können ebenfalls durch Einathmung der Quecksilberdämpfe an Stomatitis erkranken.

Es ist nicht zu verwundern, dass nach diesen Vorwürfen, welche der alten Syphilistherapie gemacht wurden und die ja in

gewisser Beziehung ihre Berechtigung haben, ein grosser Theil der medicinischen Welt sich den von den Gegnern der Inunctionen aufgestellten und als vorzüglich gepriesenen subcutanen Injectionen mit Quecksilberpräparaten einerseits, andererseits der innerlichen Verabreichung von solchen in Pillenform zuwandte. Die Vortheile dieser neuen Methoden liegen auf der Hand, aber es zeigten sich bald auch hier Nachtheile, die denen der Inunctionen nicht gerade um Vieles nachstehen. Vor Allem gewähren sie ja dem Arzte praktische Vortheile; er kann genaue Controle üben betreffs der Quecksilbermenge, die der Körper des Kranken aufnehmen soll, ferner ist eine ambulante und dabei doch genaue Behandlung möglich, für den Patienten selbst sind alle diese Curen bequemer und angenehmer, und vor Allem hat das Quecksilber weniger Gelegenheit, in die Umgebung zu verdampfen und so bei den Patienten selbst, wie bei anderen die lästigen Schleimhautaffectionen der Mundhöhle hervorzurufen.

Viele und meist die bedeutendsten dieser neuen Mittel und Methoden wurden bald nach ihrem Entstehen auch auf der hiesigen syphilitischen Klinik versucht, und zwar kamen seit dem 1. Januar 1880

Hydrargyrum peptonatum,
Hydrargyrum formamidatum,
Hydrargyrum oxydulatum tannicum,
Quecksilberchloridchlornatrium,
Hydrargyrum oxydatum carbolicum,
Hydrargyrum salicylicum,
Oleum cinereum

zur Anwendung.

Ueber die Erfahrungen, die mit diesen Präparaten gemacht worden sind, ist theilweise wenigstens in einigen Dissertationen, auf die ich später zurückkommen werde, Bericht erstattet. Diese Arbeit, die auf Anregung von Herrn Privatdocenten Dr. Seifert entstand, soll sich mit statistischen Untersuchungen über das Verhältniss der Recidive der Syphilis zu den einzelnen, eben genannten Präparaten beschäftigen, und zwar erstrecken sich diese Studien auf das Material der hiesigen Syphilido-Klinik aus den Jahren vom 1. Januar 1880 bis 1. Januar 1889.

Voraus zu bemerken ist, dass neben der Behandlung mit

diesen Mitteln immer, gleichsam zur Controle, bei einer Anzahl von Fällen auch Inunctionscuren angewendet wurden, theils gleichzeitig mit anderen Methoden, theils in kleineren Zwischenräumen, bis ein neues Mittel versucht wurde.

Die Methode, die bei der Einreibungscur in Anwendung kam, ist im Allgemeinen noch die von Sigmund in der Mitte dieses Jahrhunderts angegebene, die ja damals bahnbrechend für die Syphilistherapie wirkte und den Grund zur heutigen Therapie mit grauer Salbe legte. Ehe die specifische Behandlung eingeleitet wird, müssen andere, gleichzeitig bestehende Krankheiten zur Heilung gelangen, selbst leichtere Affectionen müssen beachtet werden, da ja Katarrhe leicht bei der Cur Stomatitis und Salivation, Magen- und Darmaffectionen heftige Diarrhöen veranlassen können. Eine gewisse Regelung der Lebensweise, die Sigmund vor Beginn der Cur verlangt, ist wohl in einem Spitale selbstverständlich, ebenso was seine Forderung bezüglich der Ventilation der Räume, in denen sich die Kranken aufhalten, der Zimmertemperatur, der Reinlichkeit und Nahrung der Patienten betrifft. Was die Mundhygiene angeht, so sind die Kranken sowohl zu mehrmals täglich zu erfolgender, gründlicher Reinigung der Zähne angehalten, als zu öfterem Gebrauche von Gurgelwasser und Zahntinctur, namentlich nach dem Essen. Gegen Stomatitis wurde im letzten Jahre Pinseln mit Bromwasserstoffsäure täglich einmal, bei schwereren Fällen zweimal angewandt, unter welcher Behandlung, ohne dass die Cur ausgesetzt zu werden brauchte, baldige Besserung und Heilung eintrat.

Die Menge der täglich angewendeten 33procentigen Quecksilbersalbe beträgt 4·0, und zwar werden die Einreibungen unter Aufsicht des Wartepersonals in der Weise ausgeführt, dass bei den Weibern am ersten Tage die beiden Unterschenkel, am zweiten die beiden Oberschenkel, am dritten die beiden Arme, am vierten Bauch und Brust, am fünften der Rücken eingerieben werden; bei den Männern ist nur der Unterschied, dass Bauch und Brust gesondert eingerieben werden. Jedesmal nach Beendigung eines solchen Cyklus von Einreibungen bekommen die Patienten ein Vollbad. Kinder erhalten je nach dem Alter täglich 0·5—2·0 zum Einreiben. Zum Schlusse der Cur, etwa zehn Tage vor dem Austritt, nehmen die Patienten Jodkali 1·0—3·0 pro die,

ein Brauch, der bei sämmtlichen Quecksilbercuren als Unterstützungscur geübt wird und somit für die Beurtheilung der Wirkung und des Werthes der einzelnen Mittel wohl mit Recht in Wegfall kommt.

Die kleinste Zahl von Inunctionen einer Cur betrug 10, die grösste 50; in den meisten Fällen wurden 20—30 Einreibungen gemacht. Zeissl gibt 12—16 als Minimum, 30 als Maximum an, Müller 25 als Minimum, 35 als Mittel und 50 als Maximum.

Seit Januar 1880 bis Januar 1889 (exclusive) wurden 303 vollständige Inunctionscuren geleitet und die betreffenden Individuen als geheilt, respective temporär geheilt entlassen. Unter diesen 303 Fällen sind solche Patienten natürlich nicht eingerechnet, welche keine vollständige Cur aus irgend einem Grunde durchmachen konnten, oder schon ausserhalb des Spitales eine theilweise antiluetische Cur gebraucht hatten; dasselbe gilt auch für die Besprechung der folgenden Quecksilberpräparate. Dagegen wurden zu den Inunctionen noch diejenigen wenigen Fälle gezählt, wo neben den Einreibungen einige Injectionen mit einem der Präparate aus irgend welchem Grunde — meist wurden die Injectionen schlecht vertragen und deshalb Inunctionen angewandt — gegeben wurden; war das Verhältniss der Injectionen zu den Inunctionen ein grösseres, so dass man nicht bestimmen konnte, welcher Therapie als Hauptcur die Heilung zuzuschreiben war, so wurden diese Fälle als gemischte angeführt.

Von den 303 als geheilt entlassenen Patienten kamen 26 wieder auf die Abtheilung mit Recidiven, um einer neuen Cur unterzogen zu werden.

Ist hier und da ein Fall zufällig bekannt geworden, wo sich ein früherer Patient einem Privatarzte oder in der Poliklinik mit Recidiv stellte, so wurde dies natürlich nicht in Berechnung gezogen, da sich sozusagen dieser Verlust an Recidiven für die Abtheilung auf alle angewendeten Mittel im Grossen und Ganzen gleichmässig erstreckt, und es ja ein merkwürdiges Spiel des Zufalls wäre, wenn ganz besonders bei dem einen oder anderen Mittel die Recidive für die Beobachtung auf der Abtheilung verloren gegangen wären. Im Uebrigen ist gerade die hiesige Klinik wegen ihres grösstentheils stationären Krankenmaterials (Prostituirte)

besonders geeignet zur Beobachtung der Recidive. Dieselben betragen also nach den Inunctionscuren 9 Procent.

Von den vielen löslichen Präparaten, die man bei der Einführung der subcutanen Injectionen zuerst anwandte, kamen hier das Hydrargyrum peptonatum und formamidatum und das Sublimat zur Verwendung.

Einer besonderen Beliebtheit hatte sich das erstere zu erfreuen, das schon 1877 auf der hiesigen Abtheilung eingeführt wurde und bis gegen Ende 1883 zur Verwendung kam, und zwar seit 1880 an nahezu 500 Kranken.

Das Quecksilberpepton verdankt seine Entstehung den Versuchen v. Bamberger's und speciell der Thatsache, dass die Injectionen mit einfachem Sublimat nach Lewin an der Injectionsstelle starke irritirende Wirkung ausübten, wofür sich die Erklärung in der Fällung der Eiweisslösungen im Unterhautbindegewebe durch das injicirte Sublimat fand. Um dies zu verhüten, entstanden eine Reihe von Präparaten, welche Eiweisslösungen nicht fällten und deshalb neben geringeren örtlichen Beschwerden auch eine rasche und sichere Wirkung erzielen sollten, so auch das Quecksilberalbuminat, das v. Bamberger angab, das zwar den Vortheil hatte, an der Injectionsstelle keine Reaction zu erzeugen und nicht schmerzhaft zu wirken, aber bald den bedenklichen Uebelstand aufwies, welcher der allgemeinen Verbreitung des Mittels von vorneherein entgegentrat, nämlich die Schwierigkeit seiner Bereitung, die geringe Haltbarkeit und das Auftreten von Reactionsknoten, die man ja doch hatte vermeiden wollen, sobald eine nicht ganz frisch bereitete Lösung in Anwendung kam. (Gschirhakl, Wiener med. Wochenschr. 1877.) So wurde denn das Albuminat von dem Autor selbst durch eine neue ähnliche Quecksilberverbindung ersetzt, zu deren Herstellung statt des Albuminats die Peptone benutzt wurden; dieselben erleichtern die Herstellung und vermehren die Haltbarkeit des Präparates, da sie in Wasser leicht löslich sind, sich im Gegensatz zu den Eiweisslösungen leicht und klar filtriren lassen, nicht wie die letzteren die beständige Neigung zeigen, sich zu trüben und durch Hitze, Säuren, Alkalien nicht gefällt werden. (v. Bamberger, Wiener med. Wochenschr. 1876.)

Die Herstellung des Präparates darf wohl als allgemein be-

kannt vorausgesetzt werden. 1 Ccm. der Lösung entspricht 0·01 Sublimat, in welcher Menge auch die einzelnen Injectionen angewendet wurden.

Das neue Mittel fand bald nach seiner Veröffentlichung wegen seiner wenig irritirenden Wirkung Eingang in vielen Kliniken, um auf seinen therapeutischen Werth erprobt zu werden.

Von der hiesigen Klinik wurden in einer Dissertation (K. Zeitler 1880) 189 Fälle, die vom Januar 1878 bis Juni 1880 mit Pepton behandelt worden waren, aufs Genaueste beschrieben. Verfasser referirt zwar nicht über Recidive (die er grossentheils wegen der Kürze der Beobachtungszeit nicht hatte beobachten können) fand aber, was örtliche Reaction, Schmerz, Abscesse und Stomatitis betrifft, äusserst geringe Zahlen. Die sehr geringe allgemeine Reaction bestätigen auch Zeissl und Neumann. Rotter (Jahresber. d. ges. Med. II. 1879), der das Präparat in 11 Fällen anwandte, kam zu der Meinung, dass dasselbe schneller als alle übrigen, damals bekannten Quecksilberverbindungen gegen Lues wirke und an der Kraft der Wirkung denselben nicht hintanstehe; freilich hatte er auch einige Misserfolge zu verzeichnen; als Maximum der Injectionen gibt er die geringe Zahl 13—15 an, Phlegmone und Gangrän schienen ihm im Ganzen selten aufzutreten. Ein ebenso günstiges Resultat veröffentlicht Martineau (ebenda II, 1881), der in 172 Fällen Ammonpeptonquecksilber, ein mit dem Peptonquecksilber gleichwerthiges Präparat anwandte; die Wirkung dieses Mittels beschreibt er als rascheste und energischeste aller Behandlungsmethoden und würde sogar der Verlauf der Schwangerschaft begünstigt, so dass gesunde Kinder geboren würden. An den Injectionsstellen fand auch er keine krankhaften Veränderungen, selbst bei grossen Dosen nur selten Schmerz und nie Salivation, wenn nicht schon vorher ein Reizzustand der Schleimhaut des Mundes und des Zahnfleisches vorhanden war. Uebereinstimmend mit Rotter und Martineau fand Pauer (J. D. Würzburg 1886, vom Münchener Krankenh.) rasche, besonders für schwere Formen günstige Wirkung, doch beobachtete er mehrere Infiltrationen und gegenüber andern Beobachtern ziemlich viele Salivationen (44 Procent). Oberländer (Jahresber. d. ges. Med. II. 1878) fand zwar nur 15 Procent Sa-

livation und nicht nach jeder Injection Infiltrate, jedoch im Verlaufe von 1 bis 3 Monaten 62 Procent Recidive.

Bockhart (Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. IV, Nr, 5. 1885) fand dagegen wieder häufige Schmerzen nach den Injectionen und Recidive im Durchschnitte nach 6 Monaten, während Mundaffectionen gering waren.

Diese wenigen literarischen Notizen genügen, um von den Resultaten, die mit dem Peptonquecksilber erzielt wurden, ein Bild zu bekommen. Sind es im Allgemeinen, was die Begleiterscheinungen dieser Therapie betrifft, auch günstige Resultate, ist die Wirkung auch von Verschiedenen als besonders rasch und energisch beschrieben, so wird der Werth derselben doch bedeutend verringert durch das häufige Auftreten von Recidiven, wie dies Oberländer und Bockhart constatirten.

Auf der hiesigen Abtheilung wurden in den Jahren 1880 bis 1883 435 Patienten ausschliesslich mit subcutanen Injectionen von Quecksilberpepton behandelt und als geheilt entlassen. Das Minimum der Injectionen beträgt 10, das Maximum 30. 259 Patienten erhielten 25 Injectionen, 142 weniger, 34 mehr wie 25. Die Injectionen wurden täglich gemacht, pro dosi 0·01 Sublimat und zwar subcutan rechts und links dicht neben der Wirbelsäule unterhalb des unteren Schulterblattwinkels, welche Stelle man wegen der geringen Schmerzhaftigkeit als die geeignetste fand. Eine Nachcur mit Jodkali wurde in beinahe allen Fällen angewendet. Von diesen 435 geheilten Syphilitischen kamen 69, also 16 Procent Recidive wieder zur Behandlung in der Klinik, darunter 8 zu mehrmaliger Cur. Die meisten Patienten kamen schon nach 3 bis 7 Monaten wieder mit Recidiven; 42 Patienten hatten aus irgend welchen Gründen keine vollständige Injectionscur bekommen und mit Inunctionen die Cur vollendet, von diesen kamen 8 wieder mit Recidiven.

An die Stelle des Quecksilberpeptons trat hier Ende 1883 in der Syphilisbehandlung das Quecksilberformamid, ein Präparat, das kurz zuvor von Liebreich angegeben wurde. Die Versuche, die zuletzt zu diesem Präparate führten, beruhten auf der Idee, eine Quecksilberverbindung zu finden, welche die Albuminate des Körpers nicht angreift und es zugleich gestattet, in einem gegebenen Momente eine grössere Menge von Quecksilber im Körper

gleichmässig anzuhäufen. Dadurch, dass das Formamidquecksilber keine Verbindung mit dem Körper-Eiweiss eingeht, glaubte Liebreich, könne es sich gleichmässig im Organismus verbreiten, da ja nirgends ein Verbindungswiderstand eintrete, und beginne dann die Zerlegung des Präparates, so werde gleichmässig an Ort und Stelle, wo Molecül für Molecül sich zerlegt, eine grössere Menge von Quecksilber abgeschieden, und dadurch sei die Kraft und die Einwirkung desselben auf das syphilitische Gift bedeutend erhöht. Durch diese physiologisch-chemische Wirkung sei das Formamid im Stande, leichter und schneller sich zu verbreiten, als namentlich das Sublimat und dementsprechend der Erfolg bei seiner Anwendung ein besserer.

Das Präparat selbst $\frac{H}{CO}(NH)\,Hg$ entsteht aus $\frac{H}{CO}\,(NH2)$ durch Behandlung von HgO mit Formamid. Es wird eine 1procentige Lösung angewendet und davon $^1/_2$—1 Spritze injicirt; 1 Ccm. enthält 0·01 Hg O. Die Anzahl der Injectionen soll 30 nicht überschreiten.

Seinen theoretischen Auseinandersetzungen entsprechend, will Liebreich selbst eine gute Wirkung seines Mittels gesehen haben; schon nach einer Injection habe man eine Wirkung constatiren können. Er gibt ferner an, dass nach Anwendung des Formamids die Recidive bedeutend vermindert würden und selten Salivation entstehe.

Dem gegenüber stehen die Resultate, welche nach Erprobung des Quecksilberformamids von Verschiedenen publicirt wurden.

In der hiesigen Klinik beobachtete und beschrieb Fr. Schmitt in einer Dissertation (1884) 51 Fälle und konnte einen wesentlichen Vorzug gegenüber dem Quecksilberpepton nicht constatiren; ebensowenig fand Lassar einen Vorzug vor dem Chlornatrium-Sublimat. Kopp sagt in seiner Abhandlung über die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von Quecksilberformamid (Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1885), dass er in der That in einer grossen Anzahl von Fällen einen curativen Effect sah, dass diese Fälle aber sämmtlich den leichteren Formen angehören, die als maculöse und papulöse Exantheme, Plaques muqueuses oder nässende Papeln dem Beginne der Secundärperiode entsprechen und häufig unter rein localer Behandlung zur Involution gelangen.

Er glaubt daher diesen günstigen Resultaten keinen allzugrossen Werth für die therapeutische Beurtheilung des Formamids beilegen zu dürfen, umsomehr als grosspapulöse Syphilide und derbere Infiltrate sich als sehr resistent gegen die eingeschlagene Therapie erwiesen, und schiebt die Ursache dieser wenig intensiven Einwirkung des Präparates auf den syphilitischen Process der raschen Ausscheidung desselben aus dem Organismus zu. Dies fand er auch durch die chemische Untersuchung des Harnes und der Fäces bestätigt, wonach das Quecksilber den Organismus so rasch verlässt, dass es zu einer Anhäufung des Medicamentes gar nicht kommt, so dass die Einwirkung desselben auf das syphilitische Virus nicht genügend lang und intensiv erscheint, um dasselbe zu vernichten. Auch was die Häufigkeit der Recidive betrifft, räumt Kopp dem Liebreich'schen Präparat keinen Vorzug ein, da ihm im Gegentheil dieselben nach dieser Behandlung äusserst häufig zu sein scheinen. Ebensowenig glaubt Müller in einer Beilage zur medicinischen Wochenschrift, dass das Formamid dem Sublimat vorzuziehen sei, was auch in einer Statistik aus dem Münchener Krankenhaus l. d. Isar von Pauer bestätigt wird, der fand, dass bei Sublimatinjectionen 71 Procent Heilungen, 27 Procent Besserungen vorkamen und nur 2 Procent erfolglos behandelt wurden, während bei Quecksilberformamid 59 Procent Heilungen, 32 Procent Besserungen eintraten und 9 Procent erfolglos blieben. Aehnlich spricht sich Zeissl aus (Jahresber. d. ges. Med., II., 1882). Er sagt, dass sich das Formamid durchaus nicht von anderen Quecksilberpräparaten unterscheidet, da es die Symptome in gleicher Zeit zum Schwinden bringt und weder Salivation, noch ebenso häufige Recidive verhindern kann. Das ungünstigste Resultat betreffs der Recidive fand Bockhardt (Monatsh. f. prakt. Derm. 1885, II., Nr. 5), der das Formamid bei 28 Patienten anwandte, von denen kein einziger von Recidiven verschont blieb; das früheste Recidiv trat in 9 Wochen, das späteste in 4 Monaten auf, und zwar hatten 2 Patienten 1 Recidiv, 16:2, 9:3, einer 4 bekommen. Jedoch für leichtere Formen hält Bockhardt das Formamidquecksilber für das am raschesten wirkende Mittel.

Ganz entsprechend diesen therapeutischen Resultaten fand sich hier das Verhältniss der Recidive nach der Formamidbehand-

lung sowohl den Inunctionscuren als auch den Sublimatinjectionen gegenüber, welch letztere Therapie ja nach Liebreich besonders vom Quecksilberformamid übertroffen werden soll. Es fanden sich 89 Fälle, welche ausschliesslich mit dem Präparate behandelt wurden und als geheilt entlassen werden konnten. Die meisten der Patienten hatten zwischen 20 und 30 Injectionen erhalten und zum Schlusse der Cur analog den anderen Behandlungsmethoden Jodkali, täglich 1·0—3·0, bekommen. Speciell für die Therapie mit Formamid ist von Lassar eine vollständige Nebenbehandlung mit Jodkali namentlich bei schweren Formen empfohlen worden, gegen welche combinirte Behandlung sich jedoch Liebreich aus chemischen Gründen aussprach. In den Journalen und Krankengeschichten sind wenigstens keine üblen Folgen durch diese Nachbehandlung mit Jodkali bei Anwendung des Formamids verzeichnet.

Auf diese 89 Fälle treffen 16 Procent Recidive, die durchschnittlich etwa innerhalb eines halben Jahres wieder auf die Abtheilung kamen, mit Ausnahme von 2 Patientinnen, die sich erst nach 3 Jahren wieder mit Recidiven zur Behandlung einstellten, von denen die eine jedoch schon vorher anderwärts wegen Recidiv in Behandlung war, die andere keine zuverlässigen Angaben machte. 34 Patienten waren theils mit Injectionen, theils mit Inunctionen behandelt worden und treffen auf dieselben 8 Recidive. Stellen wir diese 16 Procent Recidive nach Behandlung mit Pepton und Formamid den Inunctionen gegenüber, die nur 9 Procent aufweisen, so kommen wir zu einem Resultate, das heutzutage auch von der Mehrzahl der Aerzte und Forscher anerkannt ist, dass diese leicht löslichen und schnell in die Blutbahn gelangenden Präparate, mögen sie auch mehrere praktische Vortheile besitzen, lange nicht der Wirkung der grauen Salbe gleichkommen.

Wohl keines aller zur Syphilistherapie angegebenen Quecksilbersalze hatte so viele Kämpfe um seine Existenz durchzumachen, als das Sublimat; der Grund lag in dem Auftreten jener üblen Nebenerscheinungen, die man gerade immer bemüht war, aus der Injectionstherapie zu bannen, und so knüpft sich an die Syphilisbehandlung mit Sublimat ein gut Theil Geschichte der Syphilistherapie der Neuzeit.

Es ist begreiflich, dass man, als die Injectionstherapie im Entstehen war, jenes Quecksilbersalz am meisten verwendete, das ja in so vielen anderen Beziehungen Verwendung in der allgemeinen Therapie fand, das Sublimat. Einen zähen Vertheidiger hat es in Lewin gefunden, der es ausschliesslich verwendete und auch die besten Erfolge damit erzielte. Er gebrauchte eine 1procentige Lösung und behandelte von 1865 an gegen 14000 Kranke auf seiner Abtheilung in Berlin mit durchschnittlich 25 Injectionen (Berliner klin. Wochenschr. 1876, Nr. 45), Nach langjähriger Erprobung des Mittels kam er zu dem Schlusse, der in der Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1883 mitgetheilt ist, dass die Recidive seit Einführung der Sublimatinjectionen in Bezug auf Quantität entschieden geringer, in Bezug auf Qualität entschieden weniger bösartig geworden seien. Ja er beobachtete sogar eine Abnahme der Recidive von 80 Procent auf 40 Procent, gegenüber den früheren Behandlungsmethoden, wie er schon 1876 in der Berliner klin. Wochenschr. mittheilt, und gibt als besten Beweis für die Qualität seiner Methode an, dass schon seit langer Zeit die schwersten Formen allgemeiner syphilitischer Erkrankungen auf der Abtheilung unter den Prostituirten nicht mehr vorkämen. Jedoch viele andere Forscher, die fast gleichzeitig Versuche mit dem Sublimat anstellten, fanden alle heftige entzündliche Reactionen an der Einstichstelle, wobei durch die Verbindung des Sublimats mit dem Eiweiss des Unterhautbindegewebes ein guter Theil Injectionsflüssigkeit für die Bekämpfung der Erkrankung verloren ging, ferner bedeutende Schmerzen, so dass viele Kranke die Fortsetzung der Cur weigerten (Gschirhakl, Wiener med. Wochenschr. 1877). Auch v. Bamberger wendet sich gegen die Sublimatinjectionen und zwar wegen der häufigen Abscessbildung in der Haut und der heftigen Schmerzen (ebenda 1876). Dagegen hatte Lewin bei jenen 14000 Fällen nur 20 Abscesse zu verzeichnen, während er oft Schmerzen beobachtete. Man versuchte nun auf verschiedenem Wege diesen Nachtheil der Sublimatinjectionen zu beseitigen, indem man einestheils solche Präparate anwendete, die von vorneherein keine Fällung des Körper-Eiweisses zu Stande kommen lassen, wie das Quecksilberpepton und Formamid, anderntheils die Lösung des im Körper gebildeten und namentlich zu starken Retentionsknoten führenden Sublimatalbu-

minats durch Hinzufügen von Kochsalz zu beschleunigen suchte, um die irritirende Wirkung des reinen Sublimats und dadurch die localen Nachtheile zu vermeiden. Dem Schmerz suchte man nach Liégois durch Hinzusetzen von kleinen Quantitäten von Morphium zur Injectionsflüssigkeit entgegenzutreten, nach Decker durch vorhergehende Injection von Cocaïn (Münchener med. Wochenschr. 1887, Nr. 39). Gegen die angeblichen Vortheile der von Müller und Stern angegebenen Lösung des Doppelsalzes Quecksilberchlorid-Chlornatrium, bestehend aus 1 Theil Sublimat, 10 Theilen Chlornatrium, 250 Theilen Wasser (Jahresber. d. ges. Med., 1878, II.) wendet sich Liebreich (Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887), indem er bemerkt, dass, wenn auch Sublimat mit Chlornatrium eine Doppelverbindung eingeht, doch die Existenz dieser Verbindung in Lösung nicht wahrscheinlich sei, weshalb bei der subcutanen Injection das Chlornatrium schneller als das Sublimat resorbirt und dadurch der Nutzen der gleichzeitigen Injection bedeutend abgeschwächt wird. Liebreich glaubt deshalb, dass es für die angestrebte bessere Löslichkeit und Resorbirbarkeit des Sublimats viel vortheilhafter sei, nach Hinrich Sublimat und Kochsalz, und zwar letzteres in relativ grossen Quantitäten, innerlich anzuwenden. Was das Quantum Kochsalz für die subcutane Injection betrifft, so wandte Gschirhakl bei 100·0 einer 1procentigen Sublimatlösung 6·0 Chlornatrium an (Wiener med. Wochenschr. 1877). Kratschmer veröffentlicht (ebenda 1876) Versuche, nach denen erst, wenn die Sublimatlösung 4—5 Procent Chlornatrium enthält, keine Fällung und Trübung von Eiweisslösungen und transsudirtem Serum eintreten, und eine 10 Procent Chlornatrium enthaltende Sublimatlösung noch keine Reizerscheinungen bei der subcutanen Injection liefert.

In neuester Zeit wurde wiederum die reine Sublimatlösung versucht von Bergmann in Moskau (Wiener med. Wochenschr. 1889, Nr. 14) und zwar in etwas geringerer Dosirung für die Injection. Er gab 200 Patienten täglich 0·0075 Sublimat im Durchschnitt mit 26—28 Injectionen und fand, dass die Schmerzen nicht stärker, aber kürzer dauernd seien, als nach Injectionen mit unlöslichen Präparaten, dass Abscesse nie vorkamen und Mundschleimhautaffectionen nicht erheblich waren; da ihm auch die Zahl der Recidive nach dieser Methode eine geringere zu sein

scheint, so gibt er dieser wässerigen Sublimatlösung vor anderen, insbesondere den unlöslichen Präparaten den Vorzug.

Auf der hiesigen Abtheilung kam das Quecksilberchlorid-Chlornatrium in folgender Zusammenstellung zur Anwendung:

Rp. Hydrarg. bichlorat. corros. 0·1
Natr. chlorat. 1·0
Aq. destill. 10·0
filtra. D. S. zur Injection.

Diese Lösung ist also eine 1procentige Sublimatlösung mit 10 Procent Kochsalz und bekamen die Patienten mit einer ganzen Pravaz'schen Spritze jedesmal 0·01 Sublimat. Im Ganzen konnten 89 Patienten, die mit diesem Mittel behandelt wurden, als geheilt entlassen werden; davon hatten 7 eine grössere Anzahl von Inunctionen erhalten, von denselben wurden 2 Recidive beobachtet. Die Zahl der Inunctionen schwankt zwischen 10 und 39, die Durchschnittszahl beträgt 23. Ein 8 Monate altes Kind bekam 24 Injectionen zu 0·005. Eine Nachcur von geringen Dosen mit Jodkali fand bei allen Patienten statt. Von den 82 mit Sublimat behandelten Kranken kehrten mit Recidiven auf die Abtheilung zurück 13 Procent; ein Resultat, das den Werth dieser Therapie gegenüber den bisher genannten Quecksilberverbindungen als den Inunctionen am nächsten stehend erscheinen lässt und auch mit dem Urtheile vieler Praktiker und Forscher übereinstimmt. Diese günstige Wirkung der Sublimatinjectionen wird erklärt durch die Bildung von Sublimateiweiss unter der Haut, das sich nur allmälig löst und in Circulation gebracht wird (Bockhart, Monatsh. f. prakt. Derm. 1885, IV. Bd., Nr. 5), was man früher gerade für nachtheilig hielt und durch Pepton- und Formamidverbindung zu verhindern suchte.

Nachdem nun die therapeutischen Erfolge, die mit den leichtlöslichen Mitteln im Allgemeinen den an sie gestellten Erwartungen nur wenig entsprachen, mit Ausnahme jedoch der Sublimatinjectionen, deren verhältnissmässig günstige Erfolge ja nicht auf der Löslichkeit, sondern auf der oben beschriebenen Eigenschaft des Sublimats beruhen, versuchte man die Anwendung von unlöslichen und schwerlöslichen Präparaten, um die allzuschnelle Ausscheidung des Quecksilbers aus dem Körper zu vermeiden und eine langsamere, allmäligere Einwirkung auf das syphilitische Gift zu er-

zielen, zumal man durch vielfache Versuche über die Ausscheidung des Quecksilbers aus dem Körper zu der Ansicht gelangte, dass die eclatante Wirkung der Einreibungen mit grauer Salbe gerade dem Factor zu verdanken sei, dass der Organismus bei langsamer Ausscheidung des Quecksilbers sehr lange unter dem Einflusse desselben gehalten werde.

Voran ging Scarenzio mit der Einführung der Calomel-injectionen, die auch auf der hiesigen Abtheilung eine Zeit lang (1875/76 bis 1877/78) zur Verwendung kamen, aber nicht mehr in den Bereich dieser Arbeit gehören. Die Erfolge, die man hier mit Calomel erzielte, hat Kölliker (J. D. 1877) genau beschrieben. Mit der Zeit mehrten sich die Berichte über diese Therapie, so dass jetzt die Behandlung mit Calomelinjectionen bezüglich der therapeutischen Wirkung in den Ruf der besten subcutanen Applicationsmethode gekommen ist und von vielen bedeutenden Forschern ihr eine Stelle unter den verschiedenen Syphilistherapien zu Theil wurde, die den Inunctionen am nächsten kommt oder gar denselben gleichwerthig ist. Und doch zeigen die Injectionen mit Calomel wieder Nachtheile, die ihren Ruf bedeutend schwächen, nämlich häufige Abscessbildung und oft sehr heftige Schmerzen an der Einstichstelle. Kein Wunder also, dass in der Folge eine Reihe von neuen Präparaten entstand, die wegen ihrer schweren Löslichkeit die Erwartung rechtfertigten, der Wirkung des Calomel gleichzukommen und doch die örtliche Reaction vermeiden sollten. Es sind dies vor Allem die Oxyd- und Oxydulsalze, von denen v. Watraszewsky in den Monatsh. f. prakt. Derm. 1887, Nr. 22, eine Zusammenstellung gegeben hat; derselbe findet ihre Anwendung erfolgreich und lässt ihre Wirkung abhängen von ihrem Procentgehalt, ebenso den Grad der localen Reaction von der Concentration des Präparates.

Von diesen unlöslichen Quecksilberoxyden und Oxydulen kamen hier zur Anwendung das Hydrargyrum oxydulatum tannicum und das Hydrargyrum oxydatum carbolicum. Das erstere Präparat ist von seinem Autor vorzugsweise für innere Verabreichung bestimmt worden, da die bisher für diesen Zweck empfohlenen Mittel (Calomel, Sublimat, Protojoduret etc.) störende Nebenerscheinungen des Intestinaltractus hervorriefen, wie Gastralgien, Kolikschmerzen und häufige Durchfälle, wodurch ja auch

der Kräftezustand der Patienten oft hart angegriffen und die genügende Resorption des Medicamentes bedeutend fraglich wird. Neben einer vortrefflichen Haltbarkeit hat das Hydrargyrum tannicum, ein dunkelgrünes, geschmack- und geruchloses Pulver, vermöge seiner chemischen Eigenschaften am meisten von allen intern angewendeten Quecksilberverbindungen Aussicht, vom Verdauungstractus gut vertragen zu werden. Es wird von verdünnter Salzsäure nicht angegriffen, wohl aber von Alkalien, wenn auch in ganz verdünntem Zustande, und scheidet sodann einen aus ganz feinen Quecksilbertheilchen bestehenden Schlamm aus. Diese Reduction des Präparates geht, wie Lustgarten (Wiener med. Wochenschr. 1884, Nr. 11—14) angibt, im Darm durch kohlensaure Alkalien vor sich, während das Mittel bei normaler Magenverdauung keine bedeutende Veränderung erleidet. Wie vollends die resultirenden Quecksilbertheilchen zur Resorption gelangen können, erklärt Lustgarten (ebenda) auf verschiedene Weise.

Lustgarten wendete 0·3 pro die (mit Milchzucker in Oblaten) an und fand seinen Erwartungen gemäss, dass das Mittel vom Verdauungstractus gut vertragen werde. Ebenfalls günstige Resultate fand Dornig (Wiener med. Wochenschr. 1885, Nr. 27). Er gab das Medicament in Dosen von 0·1, täglich 0·3 und beobachtete einerseits, dass es gut vertragen werde und es niemals zu Koliken oder Durchfällen kam, andererseits im Allgemeinen auffallend rasches Zurückgehen der Exantheme der Secundärperiode.

Dagegen will Pauly (Berliner klin. Wochenschr. 1884, Nr. 47) heftige Störungen des Verdauungstractus beobachtet haben, obwohl er die Dosis 0·3 pro die nie überschritt. Lesser (Lehrb. der Haut- u. Geschlechtskrh.) empfiehlt das Hydrarg. oxydul. tannicum als ein Mittel, das an Wirksamkeit alle anderen internen Quecksilbermittel übertrifft, da es wegen seiner besseren Leichtverträglichkeit in sehr viel grösseren Dosen gegeben werden kann; er konnte selbst nach einer ohne Verordnung genommenen Dosis von 0·45 keine nachfolgenden Störungen constatiren. Besonders empfiehlt er, das Mittel in Pillenform zu geben mit der Tagesdosis 0·3.

Auf der hiesigen Abtheilung wurde das Präparat ebenfalls in Pillenform angewandt, und zwar ordinirt:

Rp. Hydrarg. oxydul. tannic. 0·05
Pulv. et Extract. Liquirit. q. s.
ut f. pil. D. tal. dos. Nr. 100, S. 3mal tgl. 2 Pillen.

Die Zahl der damit behandelten Patienten beträgt 33. Beinahe bei Allen finde ich in den Krankengeschichten die Notiz: Opiumtinctur gegen starke diarrhoische Stühle verzeichnet; eine Patientin hatte Nachts 6mal diarrhoischen Stuhl, nachdem sie Tags vorher 6 Pillen = 0·3 Hydr. oxyd. tann. genommen hatte. Je nach der Schwere der Fälle richtet sich natürlich die Anzahl der gegebenen Pillen, sie schwankt zwischen 60 und 306 und beträgt im Durchschnitt etwa 160.

Von diesen 33 als geheilt entlassenen Patienten stellten sich 6 = 18 Procent wieder mit Recidiven ein, und zwar schon nach 2—7 Monaten, durchschnittlich in 5 Monaten. Dieser verhältnissmässig ungünstige Procentsatz der Recidive ist nur dadurch zu erklären, dass durch die häufigen Störungen des Intestinaltractus die Resorption des Quecksilberoxyduls bedeutend vermindert wurde, wodurch eine nachhaltige Wirkung des Quecksilbers im Organismus nicht hat stattfinden können. Mag auch das Hydr. oxyd. tann. die Schleimhaut des Magens und Darmtractus nicht in so hohem Grade angreifen, wie die anderen zu innerem Gebrauche angegebenen Mittel und denselben vorzuziehen sein in Fällen, wo man aus gesellschaftlichen Gründen weder die Inunctionscur, noch Injectionen anwenden kann, so ist es doch hinsichtlich seiner Wirkung den bis jetzt hier angeführten Injectionstherapien nicht gleich zu setzen, geschweige denn einer energischen Inunctionscur.

Auch das Hydrargyrum oxydatum carbolicum wurde zuerst in Pillenform angewandt, und zwar von Gamberini (Rivista italiana di terapia e igiene 1886, Nr. 3). Derselbe hoffte durch die Verwendung zweier antiparasitärer Mittel dem syphilitischen Virus am erfolgreichsten entgegentreten zu können, eine Ansicht, welche die Entstehung von noch mehreren Quecksilberpräparaten anregte. Das Hydr. oxyd. carbol., das sich in seiner chemischen Formel folgendermassen darstellt:

$$\left.\begin{matrix} C_6 H_5 O \\ C_6 H_5 O \end{matrix}\right\rangle Hg + H_2 O,$$

entsteht durch Fällung einer verdünnten, wässerigen Sublimatlösung mit einer concentrirten von Kaliumcarbonat freien alkoholischen

Phenolkalilösung. Der erhaltene Niederschlag wird nach längerem Stehen, nach Befreiung von Chlor über H_2SO_4 getrocknet. Gamberini hatte mit dem Präparate, namentlich bei seiner Verabreichung in Pillenform, günstige Resultate erzielt. Ebenso Szadek (Monatsh. f. prakt. Derm. 1887, Nr. 5 u. 8), der nach seinen Erfolgen mit dem Mittel in Pillenform auch die Application mit subcutanen Injectionen versuchte. Die Injectionen waren nur unbedeutend schmerzhaft und gaben Knoten und Indurationen an der Einstichstelle, jedoch keine Abscesse. In mehreren Fällen kam es zu leichter Stomatitis. Zu vollständigem Heilerfolg genügten 16—18 Injectionen in frischen Fällen. Auf der hiesigen Abtheilung wurde das Präparat theils in Pillenform, theils zu subcutanen Injectionen benutzt, und zwar ordinirt:

Rp. Hydrarg. oxydat. carbol. 0·6
Extr. Opii 0·3
Extr. et pulv. Liquirit. q. s.
ut f. pil. Nr. 30. DS. tgl. 4 Pillen.

Rp. Hydrarg. oxydat. carbol. 0·5
Mucil. Gumm. arab. 1·0
Aq. dest. 25·0
MDS. zur Injection.

Die Anzahl der verabreichten Pillen schwankt zwischen 60 und 140. Einige Patienten hatten Pillen und Injectionen erhalten. Von Injectionen, welche alle 2 Tage gemacht wurden, waren 15—20 nöthig, nur einmal 25, um die syphilitischen Erscheinungen ganz zur Involution zu bringen. Was die Nebenerscheinungen dieser Therapie betrifft, so traten zwar bei der internen Anwendung häufig mehr oder minder starke Leibschmerzen und Diarrhöen auf, doch führte die örtliche Reaction an der Einstichstelle der Injectionen nie zu Abscess, sondern nur zu kleineren und grösseren Knoten, die in der Regel nur leichte, in einigen Fällen aber sehr intensive Schmerzen verursachten. Leichtere Stomatitiden kamen öfters, schwerere nur zweimal zur Beobachtung. Auch Störungen von Seiten des Intestinaltractus traten in mehreren Fällen nach einer grösseren Anzahl von Injectionen auf und einmal bei einer 20jährigen Patientin nach der siebenten Injection ein Shock-ähnlicher Zustand (Decker, Münchner med. Wochenschr.

1888, Nr. 5), ebenso nervöse Erscheinungen, wie sie auch v. Watraszewski (Monatsh. f. prakt. Derm. 1887, Nr. 22) beobachtet hatte. Die einzelnen Fälle wurden näher beschrieben von Happel (J. D. 1888). Die Verhältnisszahl der beobachteten Recidive beläuft sich noch höher, als bei dem Hydrarg. oxydul. tannic., es kamen nämlich von den 22 behandelten und als geheilt entlassenen Patienten 6 = 27 Procent mit Recidiven wieder zur Beobachtung, und zwar nach kurzer Zeit, im Durchschnitte in 4 bis 5 Monaten. Die Wirkung des Präparates war also auf keinen Fall, obgleich es eine unlösliche Quecksilberverbindung ist, eine starke und lang anhaltende, und dürfte dasselbe in Folge dessen wegen der relativen Häufigkeit der Recidive vielleicht nur bei leichteren Formen zur Anwendung gelangen, sicherlich aber niemals eine bevorzugtere Stellung in der Syphilistherapie einnehmen.

Ferner wurden hier mit einem neuen Präparate, dem Hydrargyrum salicylicum, Versuche gemacht, das im Jahre 1887 in weiteren Kreisen bekannt wurde. Im Jahre 1886 wurde es von Veiga und Delgado hergestellt, durch Fällung einer wässerigen Lösung von salpetersaurem Quecksilberoxyd mittelst einer alkoholischen Lösung von salicylsaurem Alkali; es resultirte ein amorphes, weisses, geruch- und geschmackloses Pulver, das neutral reagirt und in Wasser und Alkohol schwer, in Glycerin leicht löslich ist, mit der chemischen Zusammensetzung:

$$C_6\ H_4 \begin{matrix} / COO \\ \backslash OHg \end{matrix}$$

und einem constanten Gehalte von 59 Procent Quecksilber. Im thierischen Organismus wird es trotz seiner schweren Löslichkeit in Wasser gelöst, wahrscheinlich durch das überall im Gewebe vorhandene Chlornatrium. Bezüglich seiner allgemeinen therapeutischen Wirkung fanden Ellenberger und Hofmeister (Therapeut. Monatsh. II., 8., 1888), die es nach ihren Versuchen für ein vorzügliches antiseptisches, anticymotisches und desinficirendes Mittel halten, dass eine Wirkung schon in der Verdünnung 1 : 20.000 hervortritt. Auf der anderen Seite constatirt Müller (Monatsh. f. prakt. Derm. VIII., Bd., Nr. 7), dass es die Giftigkeit der anderen Quecksilberverbindungen nicht besitzt und deshalb grosse Dosen vertragen werden, wie Versuche an diesen be-

wiesen. Aehnlich, wie das Hydrarg. oxydat. carbol. verdankt das Präparat seine Einführung in die Syphilistherapie dem Gedanken, besonders wirksam gegen die Syphilis als parasitäre Krankheit einwirken zu können durch die Anwendung von zwei antiparasitären Mitteln.

Silva Araujo (in Rio de Janeiro) ging von dieser Ansicht aus und machte 1886 die ersten Versuche mit diesem Mittel, bei dessen innerer und subcutaner Anwendung er die besten Erfolge erzielt haben will. Neben rascher und energischer Wirkung soll es vom Intestinaltractus gut vertragen werden und selbst die letzten luetischen Erscheinungen mit Erfolg bekämpfen können. Unter 400 Fällen sah er nur ein einziges Mal unangenehme Folgen. Zu einem ebenso glänzenden Resultate gelangte auch Chaves (Medical and Surgical Reporter, Philadelphia 1887), der dem Präparate einen Platz in der Syphilistherapie einräumt, der dem Jodkali und Calomel gleichkommt. Besonders rühmt er das Mittel, da keine Nebenerscheinungen, keine Stomatitis auftreten, und es innerlich verabreicht, gut vertragen wird. Szadek (Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 10), der das Präparat in Form von Pillen und intramusculären Injectionen anwandte, sah schon nach 3 bis 5 Tagen ein Zurückgehen der luetischen Erscheinungen, doch musste er bei einem hartnäckigen Falle zu Inunctionen schreiten und widerstand die Drüsenschwellung in allen Fällen, wie bei den anderen Mitteln. Affectionen des Magendarmcanals wurden nicht beobachtet, auch nicht bei innerer Verabreichung. Das letztere wurde jedoch von Schwimmer (Wiener med. Wochenschr. 1889, Nr. 8), der neuerdings Versuche mit Hydrarg. salicyl. in Pillen und Pulverform anstellte, nicht bestätigt, da er im Gegentheil stets so heftige Reizerscheinungen von Seiten des Verdauungstractus erfolgen sah, dass er das Präparat mit Laudanum verband, um die Toleranz des Schleimhauttractus gegen das Medicament zu erhöhen; ferner beobachtete er in sehr vielen Fällen Stomatitis. Nach vierwöchentlicher Behandlung gingen jedoch sowohl die Hautsyphilide als gleichzeitige Geschwürsprocesse der Schleimhäute zurück. Er hält deshalb das Quecksilbersalicylat für ein vorzügliches Antilueticum, namentlich als internes Mittel mit dem nämlichen Erfolge, wie die externen Behandlungsmethoden mit der grauen Salbe oder Calomel. Was jedoch das Auftreten

von Recidiven betrifft, so constatirt Neumann (Wiener med. Wochenschr. 1888, Nr. 47), dass sie nicht minder rasch als bei anderen intern angewendeten Präparaten auftreten. Auch die Injectionsmethode wurde von Neumann versucht, und zwar intramusculär, in einer Dosirung von Hydrarg. salicyl. 0·5, Ol. amygd. 15·0. Die Application fand er schmerzlos und ohne örtliche Reaction, wie Infiltrate oder Abscesse, und die Wirkung als besonders rasch und energisch vermöge des hohen Quecksilbergehaltes. Bezüglich seiner Wirkung stellt er das Präparat in eine Reihe mit dem Sublimat und Peptonquecksilber, glaubt aber nicht, dass die Häufigkeit der Recidive bei der Anwendung dieser Quecksilberverbindung geringer würde.

Die auf der hiesigen Abtheilung bezüglich der Hauptsache, dem Heilerfolge, gemachten Erfahrungen stimmen mit den meisten dieser Veröffentlichungen gerade nicht überein, denn das Mittel reichte in der Mehrzahl der Fälle nicht aus, um die luetischen Erscheinungen vollständig zum Schwinden zu bringen, so dass bei den meisten Patienten noch Einreibungen als Nachcur eingeleitet werden mussten. Das Präparat, das zur Anwendung gelangte, hatte folgende Dosirung: Hydrarg. salicyl. 1·0, Ol. amygd. 10·0. Die Patienten erhielten Anfangs alle 8 Tage, bald darauf aber, da hiebei kein besonderer Erfolg zu erzielen war, alle Wochen zweimal je eine ganze Pravaz'sche Spritze (= 1·0) und somit bei jeder Injection 0·1 Hydrarg. salicyl.

Einen grossen Vortheil hat das Präparat vor anderen Quecksilbersalzen, die zu Injectionen verwendet werden, dass es nämlich keine örtliche Reaction im Gefolge hat; weder Schmerzen, höchstens geringen Grades bei der ersten Injection, noch Infiltrationen oder gar Abscesse konnten wahrgenommen werden. Störungen im Bereiche des Intestinaltractus traten nie ein, jedoch verschiedene Male Stomatitis.

15 Patienten wurden mit Injectionen dieses Mittels behandelt; die Krankengeschichten derselben sind in der Inaugural-Dissertation von Fischer 1889 veröffentlicht. 14 konnten als geheilt entlassen werden nach durchschnittlich 9 Injectionen, die meisten jedoch erst, nachdem sie noch 5—7 Inunctionen als Nachcur bekommen hatten, bis die Symptome vollständig zurückgegangen waren. In einem Falle, wo ein stark entwickeltes Exanthem vor-

lag, waren sogar noch 16 Inunctionen nöthig, weshalb dieser Fall zu den gemischten Behandlungsweisen gerechnet werden muss; derselbe kam übrigens nach 5 Monaten mit Recidive wieder. Von den übrigen Patienten kamen schon nach 3 Monaten zwei mit Recidiven zurück = 15 Procent. Sehen wir davon ab, dass ein Urtheil über den Werth des Präparates bei dieser geringen Anzahl von Fällen und bei der meist eingeleiteten Nachcur mit Inunctionen absolut unsicher ist, so würde der Procentsatz der Recidive ungefähr den Resultaten von Neumann entsprechen, der die Wirkung des Salicylats der des Quecksilberpepton und Sublimat gleichschätzt. Auch stimmt unsere Beobachtung wenigstens in Betreff der Injectionen mit der Ansicht von Szadek, der das Quecksilbersalicylat bis jetzt insofern für das beste Quecksilberpräparat hält, weil es trotz seiner schweren Löslichkeit bei innerer Anwendung und intramusculären Injectionen weder locale Reizerscheinungen, noch allgemeine Störungen hervorruft.

Nach dem Hydrarg. salicyl. wurde hier noch im Sommer und Herbst 1888 das Oleum cinereum angewandt.

Theils die relativ günstigen Resultate, die man mit den Quecksilbersalzen gegenüber der grauen Salbe machte, theils wohl die selbst erzielten guten Erfolge mit der alten Inunctionscur mochten Lang zu dem Gedanken gebracht haben, den er seinem neuen Präparate zu Grunde legte, das subcutan applicirt die unangenehmen Eigenschaften der Inunctionen mit grauer Salbe nicht besitzen und doch den nämlichen curativen Effect erzielen sollte (Wiener med. Wochenschr. 1888, Nr. 22, Wiener klin. Wochenschr. Nr. 8 und 9). Das Präparat stellt nämlich die graue Salbe selbst, nur in einer zum Zwecke der subcutanen Injection anderen Form dar. Graue Salbe, welche aus gleichen Theilen metallischen Quecksilbers und Lanolin bereitet ist, wird mit reinem Olivenöl verrieben, so dass das ganze Präparat einen Quecksilbergehalt von 30 Procent hat. Das Recept lautet:

Rp. Hydrarg.
Lanolin. āā 3·0
Ol. oliv. 4·0
M. D. S. zur Injection.

1 Ccm. dieses grauen Oeles enthält 0·3 Quecksilber. Der Autor empfiehlt 0·3 Ccm. für die Woche zu injiciren und zwar

an zwei Stellen des Rückens und der Nates 2—3 Wochen hindurch.

Die angewendete Menge bei den einzelnen Injectionen soll 0·1—0·15 Ccm. betragen. Nach seinen Angaben genügten 1·5—2 Ccm. um die Symptome zum Schwinden zu bringen. Was die Begleiterscheinungen betrifft, so fand Lang, dass die mercuriellen Schleimhauterkrankungen bei vorsichtiger Application selten auftraten und an der Einstichstelle selbst nur geringe Reactionen sich zeigten, die aber niemals in Vereiterung übergingen, weshalb er die Schlussfolgerung aussprach, dass das Oleum cinereum unter allen wirksamen Quecksilberpräparaten die geringste Reaction hervorrufe.

Besonders günstig waren die Erfolge, welche er bei schweren Luesformen erzielte. Trost (Wiener med. Wochenschr. 1888, Nr. 18) injicirte wöchentlich 0·02 und hatte Anfangs bei vielen Kranken schmerzhafte Infiltrationen, in einigen Fällen sogar Vereiterung der Injectionsstelle zu verzeichnen, so dass er die Behandlung aussetzen musste; erst als er mit peinlichster Sorgfalt die Reinigung der Injectionsspritze selbst vollzog, fand er bei 1100 Injectionen selten derbe, empfindliche Infiltrate, nie eine Abscedirung. Er gibt an, dass zur Vermeidung der unangenehmen Reactionen das Präparat vom Apotheker mit der grössten Reinlichkeit in desinficirten Gefässen etc. bereitet und die Spritze selbst gerade bei Anwendung dieses Mittels einer besonderen Sorgfalt unterzogen werden muss, da namentlich der obere Theil des Glascylinders sehr schwer von dem anhaltenden und leicht in Zersetzung übergehenden Oele zu reinigen sei. Doutrelepont (Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 38) und Teleki (Wiener klin. Wochenschr. 1888, Nr. 8) können die günstigen Resultate mit dem Präparate bestätigen, doch bemerkten sie einige Tage lang anhaltende Infiltrate, die jedoch keine ernsteren Folgen annahmen.

Bemerkt muss noch werden, dass Lang sein Präparat auch zur Localbehandlung empfiehlt, wo graues Pflaster und graue Salbe nicht zur Anwendung kommen können, so namentlich bei luetischen Processen in der Nasenhöhle, im äusseren Gehörgange, am Trommelfell, in der Tuba Eustachii, im Kehlkopf und auch bei luetischen Augenaffectionen. So heilte er einen Patienten, der in der Tibia eine grosse gummöse Höhle hatte, die mit der

äusseren Haut nur durch eine kleine, enge Fistel in Verbindung stand. Diese locale Anwendung des grauen Oeles wurde auf der hiesigen Abtheilung nicht versucht. Auch Neisser empfiehlt (Zeitschr. X. 2. 1888) das Ol. cin. zu Nebencuren.

Die Injectionen wurden hier tief in die Glutäen, abwechselnd rechts und links, mit besonderer Vermeidung von früheren Einstichstellen, die noch ziemlich lange durch kleine, derbe Knoten zu erkennen waren, gemacht und zwar zu 0·15 Ccm., das heisst an der Pravaz'schen Spritze wurden etwa 0·2 Ccm. eingestellt, da doch ein kleiner Theil bei der Injection verloren geht. Nach durchschnittlich 8 Injectionen bekamen die Patienten Jodkali, wie dies auch bei den anderen Methoden geschah, und auf etwaige noch geschwollene Drüsen (meist waren es die Inguinaldrüsen, die am längsten der allgemeinen Behandlung widerstanden) graues Pflaster. Bei sehr vielen Patienten kam es an der Einstichstelle nach zwei bis drei Tagen zu dicken, stark gerötheten Knoten, die zum Theil sehr schmerzhaft waren; die Schmerzen hörten meist schon nach einmaliger Faradisation mit secundärem Strome auf. Trotz der peinlichsten Desinfection der Spritze und der Einstichstelle wurden Abscesse beobachtet; besonders auffallend war es, dass einmal fast sämmtliche Patienten, die einige Tage vorher gleichzeitig Injectionen erhalten hatten, Abscesse bekamen, obgleich vorher alle Cautelen beobachtet waren und auch das graue Oel immer nur ganz frisch bereitet benutzt wurde; man konnte diese Erscheinung nur durch irgendwelche Unreinlichkeit des damals benutzten Präparates erklären. Die Wirkung liess namentlich in leichteren Fällen nichts zu wünschen übrig, in schwereren war etwas längere Zeit und 11—12 Injectionen nöthig. 25 Patienten konnten als temporär geheilt entlassen werden; davon kamen bis Ende September 1889 4 in 3 bis 4 Monaten wieder mit Recidiven = 16 Procent.

Vor anderen Mitteln hat das Ol. ciner. den Vorzug, dass nur wenige Injectionen nothwendig sind, um die syphilitischen Symptome zur Involution zu bringen; doch hat es wiederum den sehr grossen Nachtheil, dass es sich nur kurze Zeit hält und mit peinlichster Sorgfalt bereitet werden muss, um Nebenerscheinungen zu vermeiden. Die Recidive lassen hier keinen sicheren Schluss zu, da ja erst 9 Monate nach der Behandlung ver-

flossen sind, höchstens insofern, als trotz kurzer Beobachtungszeit der Procentsatz grösser ist, als bei Mitteln mit jahrelanger Beobachtungszeit.

Die neueste Behandlungsmethode auf der hiesigen Abtheilung besteht in intramusculären Injectionen mit Hydrarg. sozojodolicum (0·3 zu 10·0 Aq. dest. tgl. 1 Spritze); betreffs der Erfolge hiemit muss auf eine spätere Dissertation verwiesen werden.

Wenn wir nun die seit 1880 hier angewendeten Syphilistherapien mit Quecksilberpräparaten nach dem Procentsatz der beobachteten Recidive ordnen, so erhalten wir folgende Reihenfolge:

Inunctionen mit Ung. hydr. cin. 9 Procent.
Quecksilberchlorid-Chlornatrium 13 Procent.
(7 gemischt mit Inunctionen 2 Recid.)
Hydrarg. salicylicum 15 Procent.
(1 gemischt mit Inunct. 1 Recid.)
Hydrarg. formamidatum 16 Procent.
(34 gemischt mit Inunct. 8 Recid.)
Hydrarg. peptonatum 16 Procent.
(42 gemischt mit Inunct. 8 Recid.)
Oleum cinerum 16 Procent.
Hydrarg. tannicum oxydulatum 18 Procent.
Hydrarg. oxydatum carbolicum 27 Procent.

Den geringsten Procentsatz weisen somit die Inunctionen auf, obwohl gerade hier die Beobachtungszeit am längsten war.

Von den vielen Quecksilberpräparaten, die im Laufe der Zeit entstanden sind und sämmtliche die Hauptaufgabe hatten, die Inunctionen mit grauer Salbe zu ersetzen, sind hier sowohl lösliche wie unlösliche Präparate, subcutane, wie innere Mittel zur Anwendung gekommen, so dass wir von den unzähligen angegebenen Mitteln so ziemlich die Hauptvertreter der einzelnen Gruppen kennen lernten.

Die Vortheile, die man mit der Einführung der Injectionen und internen Anwendung erreichte, sind keine unwesentlichen; vor Allem ist die Application eine viel einfachere und bequemere und doch wissenschaftlichere geworden, da man genau die aufgenommene Menge Quecksilber bestimmen kann, was bei den Ein-

reibungen nicht möglich ist, wenigstens bei den leicht löslichen und schnell in den Organismus gelangenden Mitteln, während bei den schwer löslichen ein grosser Theil der Injectionsflüssigkeit lange Zeit, ohne resorbirt zu werden, liegen bleibt, wodurch natürlich ebensowenig eine Bestimmung der aufgenommenen Menge Quecksilbers nach den einzelnen Injectionen möglich ist. Alle diese neuen Methoden haben ausserdem noch den Vorzug der Reinlichkeit und der discreten Behandlung. Was jedoch den Vorwurf gegen die Inunctionen, die mercurielle Erkrankung der Mundschleimhaut betrifft, so hat man mit den neuen Präparaten keinen wesentlichen Erfolg erzielt, da fast bei jedem Mittel eine mehr oder weniger grosse Anzahl von Patienten an Stomatitis erkrankte und es ja auch bei den Inunctionen, allerdings durch sorgfältige Behandlung, möglich ist, eine Stomatitis hintanzuhalten oder wenigstens das Weitergreifen einer vorhandenen zu verhüten. Dagegen ist eine Erkrankung an Stomatitis von Leuten in der Umgebung des Patienten natürlich bei Injectionen und innerer Verabreichung nicht möglich, ebensowenig das Auftreten von Eczem, wie es auf den eingeriebenen Stellen manchmal auftritt, jedoch das eigentliche Mercurialexanthem, das ja grösstentheils überhaupt auf einer Prädisposition beruht, kann auch durch die subcutanen und inneren Mittel nicht vermieden werden. Die letzteren, die ja in Frankreich so beliebt sind, haben sich bei uns nicht einbürgern können, da sie die üblen Nebenerscheinungen von Seiten des Intestinaltractus zur Folge haben, die selbst bei den leichtverträglichsten Mitteln, wie bei Verabreichung des Hydrarg. oxydul. tannic., beobachtet wurden. Da hiebei ein grosser Theil des Quecksilbers nicht zur Resorption gelangt, so ist man über die Aufnahme der Quecksilbermenge ebenso im Unklaren, wie bei den Inunctionen, und so kann die Behandlung mit inneren Mitteln nie als gleichwerthiger Ersatz der Einreibungen gelten.

Ebenso haben die Injectionsmethoden ihre Vortheile und Nachtheile. Da das Quecksilber bei dieser Application nicht von einer grossen Fläche der äusseren Haut, sondern von einer einzigen Stelle aus in den Organismus gelangt, so muss diese örtliche Anhäufung, da ja auch das Mittel concentrirt genug sein muss, um die vielen Quecksilbertheilchen zu ersetzen, die bei der Einreibung resorbirt werden, zu einer entzündlichen Reaction führen;

und gerade diejenigen Mittel, bei denen wegen ihrer chemischen Zusammensetzung die meiste Garantie geboten ist, dass keine Reaction an der Einstichstelle eintritt, bleiben umsomehr hinter der Wirkung der Inunctionen zurück, während die an Wirkung den Einreibungen am nächsten stehenden Mittel, wie Calomel sehr häufige Reactionen und Abscesse zur Folge haben. Diese Reactionsknoten sind zum Theile sehr schmerzhaft, und immer ist die Gefahr gegeben, dass sie sich in Abscesse umwandeln, sei es nun, dass die Elemente des lebenden, organischen Gewebes, wie Mesterton (Schmitt's Jahrb. 1880) meint, durch die Entziehung des zur Verbindung mit dem Quecksilber nothwendigen Eiweiss nekrotisiren, oder dass durch Infection von aussen, durch Anwendung eines unreinen Präparates Abscesse entstehen. Ein grosser Fortschritt wurde deshalb durch die Anwendung intramusculärer Injectionen nach dem Vorgange von Smirnhoff gemacht, indem der ins Muskelfleisch eingeschlossene Injectionsherd äusseren Schädlichkeiten weniger zugänglich ist, die Schmerzen wegen der geringen Empfindlichkeit der Muskeln geringer sind, und wegen der Dicke der Haut und Muskeldecke eine Ulceration nicht gut eintreten kann. Und doch sind auch bei diesen Injectionen schon sehr schmerzhafte Entzündungen und Abscesse beobachtet worden.

Trotzdem die unlöslichen Präparate zum grossen Theil entzündliche Reactionen an der Injectionsstelle und Abscedirungen im Gefolge haben, sind ihre Erfolge noch besser, als die, welche man mit den löslichen erzielte, die schnell in den Kreislauf gelangen, den Organismus förmlich überfluthen, aber ebenso rasch wieder aus dem Körper verschwinden, da ihnen meist durch ihre chemische Zusammensetzung die Kraft fehlt, sich im Gewebe an Eiweisskörper zu binden und so durch längeres Verweilen im Körper eine längere Einwirkung auf den allgemeinen Krankheitsprocess auszuüben. Sie eignen sich in Folge dessen nur, da aber vorzüglich, für die Anwendung bei leichteren Formen von Syphilis.

Heutzutage besteht kein Zweifel mehr, dass das Auftreten von Recidiven am ehesten durch Curen verhütet werden kann, welche die Eigenschaft besitzen, den Körper möglichst lang unter dem Einflusse des Quecksilbers zu halten. Während nach Inunc-

tionscuren noch nach mindestens 6 Monaten Quecksilber im Harne nachzuweisen ist, treffen auf Pepton 10—11 Wochen, auf Formamid nur 6 Wochen. (Bockhardt, Monatsschr. f. prakt. Derm., Nr. 5, 1885.) Ferner ist noch zu erwähnen, dass bei den meisten hier angewendeten Injectionscuren die Behandlung mit Quecksilberpflaster nothwendig war, um die Adenitiden vollständig zum Zurückgehen zu bringen.

Während beim Emporkommen der Injectionsmethoden die Inunctionen viele Anhänger verloren haben, steht heute die Mehrzahl der Forscher und Aerzte wieder auf ihrer Seite, indem man sie zwar für eine roh empirische, unwissenschaftliche Methode, aber immer noch für die wirksamste Cur hält. Dagegen hat das Streben, die graue Salbe zu verdrängen und durch bessere Präparate zu ersetzen, eine Reihe von Quecksilberverbindungen hervorgebracht, die zwar alle ihre Vortheile vor den Inunctionen, aber auch wieder ihre eigenthümlichen Nachtheile besitzen, abgesehen davon, dass sie in ihrer Wirkung die Inunctionen nicht erreicht oder übertroffen haben.

Wohl sind unter den Injectionspräparaten manche, wie Calomel oder Sublimat, die in Fällen, wo sich eine Inunctionscur nicht gut und sicher durchführen lässt, ganz gute Dienste leisten, auch solche, und das ist die Mehrzahl, die in leichteren Fällen mit gutem Erfolg angewendet werden können, bei schwereren jedoch zu schwach sind; allein, so lange es nicht gelungen ist, für irgend eine Applicationsmethode ein Präparat zu finden, das sämmtlichen Anforderungen gerecht wird, ohne wieder neue Nachtheile aufzuweisen, werden die Inunctionen mit grauer Salbe immer noch die sicherste Gewähr für Heilung und möglichst grosse Verminderung der Recidive bieten.

Zum Schlusse erlaube ich mir, für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die Unterstützung bei Ausführung derselben den Herren Privatdocent Dr. Seifert und Dr. du Mesnil meinen besten Dank auszusprechen.

Ueber die Frage des Lichen.

Vortrag, gehalten auf dem I. internationalen Congress für Dermatologie und Syphilographie zu Paris am 5. August 1889.

Von

Prof. M. Kaposi aus Wien.

Die Lichen-Frage lautet: Welche Krankheitsprocesse haben wir als Lichen zu bezeichnen und unter diesem Namen zu verstehen? Diese Frage war mit und nach Willan leichter zu beantworten, als gegenwärtig, da seit und nach Willan alle Eruptionsformen von kleinen Knötchen so bezeichnet wurden. In diesem Sinne ist ja auch heute noch der Name im Gebrauch und wenn man heutzutage Lichen syphiliticus, Lichen pilaris, Lichen lividus, Lichen urticatus, Lichen agrius u. A. sagt, so ist sicher damit eine Eruption von kleinen Knötchen gemeint. Damit will aber auch nichts weiter gegeben sein, als eine Bezeichnung der physikalischen Erscheinungsweise, nicht ein Krankheitsbegriff.

Dieser, ein Krankheitsbegriff mit der Bezeichnung „Lichen" ist erst durch Hebra geschaffen worden und es genügt, in einer Versammlung von Fachmännern nur zu erwähnen, dass Hebra neben dem vulgären Lichen pilaris, der ja bis zu einem gewissen Grade einen physiologischen Zustand darstellt, zwei Krankheitsprocesse geschildert hat, die sich ausser den Symptomen an der Haut noch durch gewisse Folgen und Merkmale des Ergriffenseins des Gesammtorganismus charakterisiren und in der Erscheinung von kleinsten Knötchen von eigenthümlicher Beschaffenheit, Entstehung und Verlaufsweise sich markiren. Und von diesen beiden Krankheiten nannte er die eine Lichen ruber, die andere Lichen scrophulosorum.

Von diesen beiden ist es nun der Lichen ruber, welcher in den letzten Jahren von den Dermatologen in der verschiedensten Richtung discutirt wird, indem die Einen vor demselben staunend, zweifelnd und fragend stehen, die Anderen die Existenz desselben ganz leugnen, noch Andere ihn sogar neu entdecken, Andere endlich in Beschreibungen und Bezeichnungen früherer Autoren ihn wiederfinden.

Bis zum Jahre 1874 wussten wir, wenigstens in Wien, ganz genau, was wir Lichen ruber nennen sollen. Heute könnte ich beinahe selber in mir irre werden, wenn ich z. B. in der umfassenden Arbeit unseres werthen Freundes Besnier lese, dass er seine Pityriasis rubra pilaris unterscheiden muss von Lichen ruber acuminatus der amerikanischen Autoren, dann von Lichen rub. acum. pur von Hebra, dann vom Lichen rub. acum. type Unna. Ich erfahre also jetzt plötzlich, dass es dreierlei Lichen ruber acuminatus gibt. Nun, meine Herren, da muss ich schon der Vollständigkeit halber hinzufügen, dass es noch einen Lichen ruber acuminatus gibt, und zwar den von Kaposi und dass dieser sogar die Nummer Eins hat, denn der ist allen vorangegangen.

Nicht aber um eine Autoren-Ehre zu reclamiren, nicht einmal eine historische Wahrheit, sondern nur um die Verantwortlichkeit allein auf mich zu nehmen für den Lichen ruber acuminatus muss ich das Historische vorführen und es wird dann vielleicht auch die Sache dadurch sich eher klären.

Bis zum Jahre 1874 kannte man nur Lichen ruber Hebra. Inzwischen waren von Erasmus Wilson (1869) und später von anderen englischen und amerikanischen Autoren die Formen beschrieben und abgebildet worden, die sie Lichen planus nannten, wohlgemerkt, nicht Lichen ruber planus, sondern einfach Lichen planus.

Nur aus dem Capitel „Lichen planus“ in Erasmus Wilson's „Lectures“ vom Jahre 1874—1878 lässt sich vermuthen, dass dieser Autor damals seinen Lichen planus für identisch gehalten hat mit Lichen ruber — was selbstverständlich auch nicht ganz entsprechend ist.

Nun hatte ich Gelegenheit, beide Krankheitsformen in reinen

Fällen zu sehen und dann in einzelnen Fällen beide Formen an ein und demselben Individuum.

Inzwischen war von Taylor ein interessanter Aufsatz über Lichen planus erschienen, an dessen Schluss er fragt: Sollte dies nicht Lichen ruber sein?

Als Antwort darauf stellte ich in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte vom 7. December 1876 einen Fall von Lichen planus universalis vor, mit einem Vortrage, der in Nr. 35 der Wiener med. Wochenschr. 1877 veröffentlicht ist und in welchem ich erklärte, dass dasjenige, was von Hebra als Lichen ruber beschrieben worden ist, nicht die Form ist, welche die Engländer und Amerikaner als Lichen planus beschrieben haben, dass aber nach meiner Beobachtung beide Formen einen und denselben Process darstellen, nämlich Lichen ruber, dass sie meist in reiner Form vorkommen, zuweilen aber an einem Individuum gemischt, und ich habe in diesem Vortrage daher den Vorschlag gemacht, die von Hebra beschriebene Form des Lichen ruber Lichen ruber acuminatus zu nennen, die der englischen Autoren Lichen ruber planus.

Vor diesem Vortrage gab es also keine Bezeichnung Lichen ruber acuminatus, und ich habe also recht, zu sagen, dass ich die Verantwortung trage für die Aufstellung des Lichen ruber acuminatus, ebenso aber auch die Verantwortung dafür, dass ich den Lichen planus für Lichen ruber planus ausgab und beide Processe für identisch.

Dieser Anschauung hat sich auch Hebra angeschlossen, da er dazu einstimmte, dass ich in der zweiten Auflage unseres gemeinschaftlichen Werkes zu seiner Beschreibung vom Lichen ruber die Einschaltung machte vom Lichen ruber acuminatus, d. i. die von ihm ursprünglich gekannte Form, und vom Lichen ruber planus, d. i. die Form der Engländer.

Wenn man findet, dass diese Einschaltung vollständiger hätte lauten sollen und mehr detaillirt, so wird man auch eine Entschuldigung darin finden, dass es für mich schwierig war, eine solche zu machen, ohne zu viel diesen I. Band des Werkes umzumodeln, der doch, von Hebra selbst geschrieben, für alle Zeiten den originären Stempel bewahren sollte.

In Anbetracht dieser Thatsache ist es klar, dass es nur einen Lichen ruber acuminatus gibt, den, welchen ich als Erster vorgeschlagen und gemeint habe, nämlich den von Hebra selbst beschriebenen Lichen ruber, und es ist klar, dass es weder einen Lichen ruber acuminatus der Engländer gibt, noch einen acuminatus nach Unna, da alle Autoren von Lichen ruber acuminatus nur in dem Sinne sprechen konnten, den ich ihm gegeben hatte.

Meine That war es also: 1. den Lichen planus für identisch mit Lichen ruber Hebra zu erklären und auch Lichen ruber zu nennen, meine That: 2. die von Hebra ursprünglich beschriebene Form als Lichen ruber acuminatus zu bezeichnen und mein ist daher auch die Verantwortlichkeit für diesen Fehler — wenn es ein solcher ist.

Und deshalb will ich mit Ihrer Erlaubniss nun aufs Sachliche eingehen.

Ich führe Ihnen eine Reihe von Abbildungen des Lichen ruber acuminatus vor, in der Zahl von sechs, alle noch aus der Zeit von Hebra und zum Theile auch von mir beobachtet. Zunächst sind dieselben zwar nicht lebendige, nur gemalte, aber doch classische Zeugen der Existenz dieser Krankheit. Sie repräsentiren Anfangs- und Mittelstadien des Processes und es fehlt nur eine Abbildung von den universellen Fällen, wo vom Scheitel bis zur Zehe die Haut ergriffen ist. Hätte ich geahnt, dass es je zur Discussion über diesen Gegenstand kommen könnte, ich wäre in der Lage gewesen, auch solche hier in Abbildung vorzuführen. Die Abbildungen ersparen es mir, die Ihnen aus dem Buche von Hebra-Kaposi bekannten Symptome im Detail zu erwähnen. Sie sehen die charakteristischen, rothen, conischen Knötchen mit kegelförmigem, weissem Schuppendache in Linien und Streifen über grosse Flächen gleichmässig vertheilt und der Haut das Ansehen einer Cutis anserina verleihend, sich anfühlend wie ein Reibeisen, da sie und ihr Schuppenkegel sehr hart sind, discret; dann grosse, flächenhafte Röthungen und Infiltrate von solchen Knötchen umrahmt, dann die tiefe Furchung und Schuppung an solchen Infiltrationsherden, die Verdickung, Schuppung, Schwielenbildung und Rissigsein der Handflächen und Fusssohlen, die Beugung der Hand- und Fingergelenke, die Knötchen an der Dorsal-

fläche der Fingerphalangen, die Degeneration der Nägel, das Ektropium der Augenlider, die Alopecie des mit dünnen Haaren bedeckten Kopfes.

In excessiven Fällen ist Alles vom Scheitel bis zur Fusssohle derart beschaffen, dabei die Haut dick, roth, furchig, trocken, mässig schuppend. In einem Falle war bei gleichem Zustande nur eine zweithalergrosse Stelle des Abdomen frei, an dessen Rand die einzelnen Knötchen noch den Charakter des Processes kennzeichneten.

Für uns ist der Process zweifellos. Er war es auch für Alle, bis in der letzten Zeit sich die Gesammterfahrung der Meisten auf den Lichen ruber planus concentrirte, der sehr häufig zur Beobachtung kommt, während Lichen ruber acuminatus in den letzten Jahren nur selten vorgekommen ist.

Da sagte ein fleissiger Bearbeiter des Lichen ruber planus, Róna, er glaube gar nicht, dass es einen Lichen ruber acuminatus gebe und nur der Lichen planus sei Lichen ruber und so auch mehrere amerikanische Collegen.

In den letzten Monaten wurde aber die Sache umgedreht und Taylor sagte in seiner schönen Arbeit aus den letzten Monaten, er habe in den letzten Jahren zwei eigene Fälle und vier Anderer von Lichen ruber acuminatus gesehen und dass er nun nur diesen als Lichen ruber anerkenne; der Lichen planus, der seit Jahren für Manche ganz allein dafür gegolten, sei gar nicht Lichen ruber. Und dasselbe hat früher Piffard erklärt und zuletzt Robinson in seinem jüngsten Artikel und so die amerikanischen Collegen auf dem letzten Congress in Washington.

Die grösste Schwierigkeit erwächst aber aus einer Auffassung, die aus Beobachtungen unserer französischen Collegen der allerletzten Jahre geschöpft worden sind.

Diese Beobachtungen beziehen sich auf Fälle, die theils in der älteren Literatur niedergelegt sind und jetzt einer kritischen Diagnostik unterzogen werden, theils auf Fälle, die in den letzten Jahren hier vorgekommen sind, und unser so verdienstvolle Freund und College Besnier ist es, der in den letzten Heften der Annales de Dermatologie diese Fälle unter dem Namen Pityriasis rubra pilaris aufführt. Er erkennt in dieser Form die Fälle,

welche Rayer-Devergie, Hebra und Hutchinson als Pityriasis rubra, als Pityriasis pilaris (Devergie, Hillier, Tilbury Fox, Richaud-Hallopeau) geschildert haben und hält sie für absolut verschieden von Lichen ruber acuminatus mihi oder Lichen ruber Hebra.

Nun, was die Pityriasis rubra Hebra anbelangt, so muss ich ganz entschieden sagen, dass sie mit diesem Processe nichts zu thun hat und auch nicht mit dem, was Besnier als Pityriasis rubra pilaris beschreibt. Da wahrscheinlich diese Krankheit noch hier zur Sprache kommen wird, so verschiebe ich meine Meinungsäusserung darüber, was Alles für Pityriasis rubra imponiren kann, und will beim Lichen ruber acuminatus bleiben.

Wenn ich nun die Abbildungen von Taylor betrachte und sie mit den hier vorfindlichen Abbildungen vergleiche und mit meinen Erfahrungen an Lebenden, dann zweifle ich nicht einen Augenblick daran, dass Taylor's Fall Lichen ruber acuminatus ist.

Wenn ich aber C. Boeck's Fall von Pityriasis pilaris betrachte, dann die Beschreibung der Fälle von Besnier und der von ihm citirten Autoren und Fälle, die alle Pityriasis rubra pilaris sein sollten, ferners auch die prachtvollen Wachspräparate Baretta's von „Pityriasis rubra pilaris“ Besnier's, dort in der Vitrine, dann — das muss ich aufs Deutlichste erklären — bin ich nicht im Stande, sie von Lichen ruber acuminatus mihi, i. e. von Lichen ruber Hebra zu unterscheiden, ja ich erkenne in allen diesen, geradezu classische Fälle von Lichen ruber acuminatus und erkenne dies darum, weil sie sehr gut beschrieben und abgebildet sind.

Die Erscheinungen an der Haut, die Form und Beschaffenheit der Knötchen und ihres derben Schuppenkegels, der allen Beobachtern sich aufdrängende Vergleich der so beschaffenen Haut mit der Gänsehaut und mit dem Reibeisen, die Entstehung diffuser Infiltrationsherde durch dichteres Aneinanderdrängen der Basis der Knötchen, oder von acuter flächenhafter Dermatitis mit Desquamation und allmäliger Herausbildung der Verdickung, die Art des Allgemeinwerdens, kurz Alles und Alles stimmt mit dem, was wir von Lichen ruber acuminatus kennen.

Die anatomische Läsion ist auch dieselbe. Wenn Besnier, Robinson u. A. die Hyperkeratose betonen und die Hyperämie und die Zelleninfiltration der Papillarkörper secundär entstehen lassen, so ist das der alte Streit, der auch bei Psoriasis gefochten wird. Ich erachte bei beiden die Gefässinjection und Zelleninfiltration für das Primäre und die Hyperkeratose für die Consequenz des Congestiv-Zustandes.

Was das Wichtigste mir zu sein scheint, eine besondere Art der degenerativen Metamorphose des Entzündungsproductes, der Zellen und des von ihnen infiltrirten Gewebes und der hyperplastischen Epidermis, und was eben zur Atrophie führt und vielleicht auch dem späteren Marasmus zu Grunde liegt und was eben dem Lichen ruber eigenthümlich zu sein scheint, gerade das ist uns bisher nicht aus den histologischen Vorgängen klar geworden, trotz der zahlreichen Untersuchungen, die seit Hebra und Neumann bis auf den heutigen Tag gemacht worden sind.

Was endlich den Einwand Besnier's betrifft, dass bei Pityriasis rubra pilaris Marasmus und letaler Verlauf fehlen, bei Lichen ruber acuminatus vorkommen, so möchte ich auch da etwas zur Aufklärung anführen.

Ich habe Hebra's erste dreizehn Fälle, die alle gestorben sind, nicht gekannt, die späteren sind ja durchwegs durch Arsenik-Medication genesen. Ich habe aber auch zwei Todesfälle meiner Beobachtung, die nach entsprechender Besserung durch Arsenik die Behandlung unterbrochen haben, der letzte aus dem Jahre 1887. Ferners kenne ich Fälle, in denen Marasmus und Vagussymptome (Brechneigung, Singultus, Abmagerung, erhöhte Pulsfrequenz, Schlaflosigkeit, quälender Durst) schon sehr weit vorgeschritten waren und durch consequente Arsenikbehandlung Besserung und Heilung erfolgte, in einzelnen Fällen binnen einem Jahre bis fünfzehn Monaten.

Das sind aber durchwegs Fälle von universeller, oder nahezu universeller Verbreitung, oder Fälle, die mit mehr acuten, flächenhaften Dermatitiden zugleich einhergehen, wie C. Boeck's Fall.

So lange aber die Fälle noch so regionär sind, dass die Knötchen gut erkannt werden, sind sie eben von der Periode des Marasmus und der Lebensgefahr noch ferne.

Ich recapitulire also bezüglich des Lichen ruber acuminatus, dass

1. der Lichen ruber Hebra, i. e. Lichen ruber acuminatus mihi in der Form und Bedeutung existirt, wie ihn Hebra ursprünglich beschrieben hat.

2. dass dieser Krankheitsprocess von Pityriasis rubra Hebra ganz verschieden ist;

3. dass mir die von Besnier, Caesar Boeck u. A. zum Theile auch von früheren Autoren als Pityriasis rubra pilaris und Pityriasis pilaris beschriebenen Formen nach der Beschreibung als Lichen ruber Hebra i. e. acuminatus mihi imponiren, dass ich aber bezüglich jedes einzelnen Falles doch nur am lebenden Kranken eine definitive Meinung aussprechen möchte.

Dagegen weiss ich nur Muthmassungen darüber auszusprechen, was als Keratosis oder Ichthyosis follicularis von den Pariser Collegen vorgeführt wird und von anderen Autoren, z. B. jüngst von James White unter dieser Bezeichnung publicirt worden ist.

Wie sehr Knötchenformen, welche die Follicularumgebung occupiren, dem Lichen ruber ähnlich sein können, ist aus dieser Abbildung zu entnehmen, die ein Eczema papulosum in Folge von heissem Bade bei einem pediculösen Kinde darstellt. Da die Follikel in schönen Reihen und Kreisformen stehen, so stellen auch die Knötchen solche dar, sobald sie den Follikeln entsprechen und dem entspricht auch Manches, was als Lichen figuratus, circinatus, serpiginosus in der Literatur dargestellt wird, was auch Payne in seinem Artikel über Lichen circumscriptus et figuratus (St. Thomas Hopit. Rep. Vol. XVII, 1889) gesteht. Er betrachtet ihn als Follicular-Seborrhöe. Die kindliche Haut, so wie die Aller mit leichter Ichthyosis oder Lichen pilaris, erkrankt unter Schädlichkeiten, welche Eczem hervorrufen, gerne in dieser Form.

Während aber diese bei einiger Aufmerksamkeit kaum mit Lichen ruber verwechselt werden kann, ist die Unterscheidung des letzteren gegenüber von gewissen Keratosisformen mitunter höchst schwierig.

Es gibt nämlich 1. angeborene Formen, das sind Ichthyosis, die Bilder darbieten, die dem Lichen ruber ähnlich sein können,

sowohl des Stammes und der Extremitäten, wie Lichen pilaris am behaarten Kopfe, an den Augenbrauen und Wangen, oder wie Ichthyosis localis der Flachhand und Fusssohle.

2. Keratosis acquisita, welche mit gruppirten Knötchen an den Dorsalphalangen, Schwielenbildung an Flachhand und Fusssohle sich entwickeln, einige Monate oder Jahre so fortschreiten, bestehen oder sich rückbilden — ganz wie die gemeinen Warzen. Das wäre die richtige Keratosis follicularis, die auch sehr ähnlich ist dem Lichen ruber, aber mehr dem Lichen ruber acuminatus, als dem planus.

Bezüglich des Lichen ruber planus kann ich mich kürzer fassen, da ja die Beschaffenheit der polygonalen, flachen, in der Mitte gedellten, wachsartig glänzenden, sehr derben Knötchen, die Art der Formirung von brocheartigen Plaques mit centraler, brauner, atrophischer Vertiefung, und Einfassung mittelst solcher Knötchen, die Bildung grosser, flächenartiger Plaques, das Chagrinleder-artige Ansehen und Anfühlen solcher, das zeitweilige intensive Jucken etc., Ihnen Allen in gleicher Weise bekannt ist.

Bekannt ist auch, dass die Eruption mit der Localisation auf den Handflächen oder der Mundschleimhaut beginnen kann und da einen hohen Grad erreichen mag, bevor an den übrigen Hautstellen Knötchen erscheinen; bekannt auch, dass es Fälle gibt, in denen die Eruption viele Jahre hindurch regionär bleibt, andere mit frühzeitiger oder allmäliger allgemeiner Ausbreitung.

Hervorheben muss ich nur: 1. dass ich den Lichen planus für Lichen ruber planus halte und zwar wie ich schon im Jahre 1876 gesagt, weil ich Fälle gesehen habe, in welchen an grossen Körperregionen Lichen ruber acuminatus, an anderen zugleich Lichen planus war, dass die Acuminatus-Formen bei Abnahme der Schuppung und Infiltration während der Arsenikcur Planus-Form bekommen, weil die histologischen Momente übereinstimmen, der ganze Verlauf und das therapeutische Verhalten.

Wenn Robinson mir vorwirft, dass ich keinen solchen Fall publicirt hätte, mit gemischter Form, so thut er mir Unrecht. Denn wenn ich sage, dass ich solche gesehen habe, so weiss er ja, dass ich beide Formen meine und ich brauche sie nicht extra zu

beschreiben. Uebrigens kann er auch solche Fälle mitgetheilt lesen in den Berichten von meiner Klinik, welche in den Jahresberichten des k. k. allgemeinen Krankenhauses abgedruckt sind und zwar 1884, pag. 187.

Gegenwärtig habe ich wieder einen Herrn Th. in Wien in Behandlung, der exquisiten Lichen ruber acuminatus seit vier Monaten hat, am Stamme, an den Oberextremitäten ad nates, am Oberschenkel, mit der Bildung von Formen flächenhafter, acuter, exfoliirender Dermatitis, noch ohne Verdickung, während am Penis und an vielen Stellen des Stammes, die Knötchen des Lichen planus in grosser Zahl und in allen Formen der Gruppirung sich vorfinden.

2. Dass die Zelleninfiltration, welche nach meiner histologischen Untersuchung, so auch nach Taylor, Robinson, Besnier u. A. bei Lichen ruber vorhanden ist, durch excessiven Grad zu einer Massenzunahme des Gewebes führen kann, welche in ungewöhnliche Formen der Krankheit ausartet. So ist die Form zu erklären, welche ich als Lichen ruber moniliformis beschrieben habe. Und so hat in einem anderen Falle meiner Klinik die Plaquebildung, die sonst nur an den Unterschenkeln vorzukommen pflegt, schon im Gesichte und am Stamme eine Intensität erreicht, die in flacher Geschwulstform zum Ausdruck kam und den Fall der Mycosis fungoides ähnlich gemacht hat.

3. Dass sowohl bei Lichen ruber acuminatus als bei planus statt der charakteristischen Knötchen flächenhafte Dermatitis exfoliativa, ohne Knötchenbildung und ohne Verdickung der Haut, vom Beginne sowohl, als im Verlaufe zugegen sein kann, dann nämlich, wenn die Eruption von intensiverer entzündlicher Hyperämie eingeleitet und begleitet wird.

4. Dass durch Excess in der Hyperkeratosis oder gar der Combination intensiverer Zelleninfiltration der Papillarschichte und Epidermishyperplasie, sowohl der Papillen als der Follikel, Bilder hervorgehen, die der Ichthyosis sehr ähnlich sind und den Namen Keratosis follicularis rechtfertigen würden. An Flachhand und Fusssohle erscheinen sie als tylotische Beschaffenheit, flächenhaft oder warzen- und hühneraugenartig, während an den Rändern derselben die Knötchen zu erkennen sind — auf der Stirne,

Nase, Wange, Kinn und auch an anderen Orten als disseminirte oder zu Haufen gedrängte, warzige Knötchen mit derbem, fettig-bröckelig, schuppigem Kegel, der deutlich einem erweiterten Follikel angehört die Basis meist derb, braunroth bis sepiabraun. Ich habe jetzt zwei solche Fälle in Behandlung, bei einem 18 Jahre und einem 32 Jahre alten Manne.

Die Frequenz des Lichen ruber anlangend, so ist es schwer, für die Statistik Verwerthbares anzuführen. Die Fälle häufen sich manchmal und werden zu anderen Zeiten selten. Lichen ruber planus kommt ungleich häufiger vor, als Lichen ruber acuminatus, ja, der letztere ist überhaupt sehr selten. In diesem Jahre habe ich seit Januar bis 30. Juli in meiner Privatpraxis 15 Fälle von Lichen ruber planus gesehen, lauter Männer, während an der Klinik von 1887 bis heute nur 10 Fälle (7 Männer und 3 Weiber) vorgekommen sind.

Von Lichen ruber acuminatus habe ich seit 1884 5 Fälle beobachtet, 2 an der Klinik, die anderen 3 privat.

Die zweite, als Lichen scrophulosorum Hebra bezeichnete Krankheitsform ist hier in acht Abbildungen verschiedener Krankheitsfälle dargestellt. Sie hat mit Lichen ruber absolut nichts gemein. Die Knötchen entsprechen durchwegs, wie die klinische Erscheinung lehrt und meine anatomischen Untersuchungen nachgewiesen haben, den perifolliculären Stratis, entsprechen einer entzündlichen Zelleninfiltration um die periglandulären Gefässe und um die Gefässe der perifolliculären Papillen, als deren Resultat eine Anhäufung und abnorme, d. i. mangelhafte Steatisation der Talgdrüsen-Epithelien erfolgt, in weiterer Consequenz auch eiterige Folliculitis in Form von Pustelchen und hämorrhagischer Acne — Acne cachecticorum.

Die Knötchen haben ihren vorzüglichen Sitz am Stamme, Abdomen, selten Gesicht und Extremitäten, sind durchwegs in Gruppen und Haufen gestellt, flach, schlapp, unter dem Fingerdrucke erblassend, tragen in der Mitte, der Follikelmündung entsprechend, fettige Epidermisschuppen oder ein Pustelchen. Sie involviren sich mit Hinterlassung narbiger Grübchen oder unter Rückkehr zur Norm. In seltenen Fällen entstehen serpiginöse Formen durch centrale Rückbildung und periphere Entwickelung

neuer Knötchen. An den Berührungsstellen der Genito-Cruralfalten kommt durch Zersetzung des fettigen Follicularinhaltes Eczem zu Stande mit schmierig-ranziger Secretion. Hier, am Abdomen und den Unterextremitäten oft Acne cachecticorum, Pusteln und Furunkel mit schlapper, hämorrhagischer Basis.

Alle die mit Lichen scrophulosorum behafteten Individuen sind von jugendlichem Alter, seltener der Pubertät und tragen charakteristische Merkmale der Scrophulose: Adenitis submaxillaris et Parotitis, Caries, kalte Abscesse.

Innerlicher und äusserlicher Gebrauch von Leberthran führt binnen 6—12 Wochen zur Heilung.

So haben wir denn zwei Krankheitsprocesse, die durch eigenthümlich beschaffene Knötcheneruption an der Haut, einen eigenthümlichen Symptomen-Complex allgemeiner Natur und besonderes Verhalten gegen therapeutische Einflüsse sich markiren, nämlich 1. Lichen ruber, i. e. acuminatus und planus und 2. Lichen scrophulosorum.

Alle anderen Krankheitsprocesse, bei welchen ständig oder zeitweilig Knötchen vorkommen, sind nach meiner Meinung nicht mit dem Namen Lichen zu belegen, sondern mit dem Namen, der den Grundprocess ausdrückt. So ist Lichen pilaris ein physiologischer Zustand und in höheren Graden ein der Ichthyosis, einer angeborenen Krankheit entsprechender Zustand. Knötchenformen der Erythem- und Urticariaformen und das Eczem, sollen nur adjectivisch als Lichen bezeichnet werden, z. B. Urticaria lichenoides s. papulosa, Erythema papulosum, Eczema lichenoides; Syphilis in Klein-Knötchenform als Syphilis lichenoides. Namentlich aber muss ich mich schon hier entschieden dagegen aussprechen, dass, wie unser verehrter Freund Vidal will, Prurigo als Lichen agrius figuriren soll, denn bei Prurigo sind nicht die Knötchen allein, sondern die ganze Reihe von Merkmalen, die Entwickelung vom zweiten Lebensjahre her, die Localisation an den Streckseiten der Extremitäten, die Intensitäts-Abstufung von den Unterschenkeln zum Oberarm, die Stabilität während des ganzen Lebens, das heftige Jucken mit dessen Kratzconsequenzen,

nebst dem anatomischen Charakter der Knötchen für den Gesammtprocess massgebend.

Somit bleiben nur die früher genannten zwei Processe allein übrig für die Bezeichnung als Lichen, Lichen ruber und Lichen scrophulosorum.

Indem ich schliesse, habe ich nur noch den Herrn Präsidenten um Verzeihung zu bitten, dass ich die nach der Regel mir zugemessene Zeit so sehr überschritten habe und Ihnen, meine Herren, zu danken, für die mir geschenkte Geduld.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Anatomie, Physiologie, path. Anatomie, allg. und exper. Pathologie und Therapie.

1. **Sudakiewitsch** G. Riesenzellen und elastische Fasern; Beitrag zur Pathologie des elastischen Gewebes der Haut. — Virchow's Arch., Bd. 115, Heft 2.
2. **Tria.** Ricerche sulla cute del negro. — Giorn. internaz. delle sc. med. 1888, Nr. 5.
3. **Filomusi** Guelfi e **Rezzonico.** Sul trasporto alle glandole linfatiche della materia colorante dei tatuaggi. — Giorn. internaz. d. sc. med. 1888, Nr. 12.
4. **Ribbert.** Ueber den Verlauf der durch Staphylococcus aureus in der Haut von Kaninchen hervorgerufenen Entzündungen. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 6.
5. **Stern** E. Neue Lanolinsalben. — Therap. Monatsh. 1889, Nr. 2.
6. **Calvelli.** L'acido picrico nelle dermatiti. — Gazz. degli ospitali 1889, Nr. 8.
7. **Helbig.** α-Oxynaphtolsäure. — Therap. Monatsh. 1889, Nr. 2.

Anknüpfend an die bekannte Thatsache der Riesenzellenbildung um Fremdkörper und Mikroorganismen, die Sudakiewitsch (1) ganz im Sinne der Theorie Metschnikoff's zu deuten geneigt ist, macht Verfasser uns mit einem Befunde bekannt, den er gelegentlich der Untersuchung eines Knotens der Sart'schen Krankheit (Pascha Churda) zu erheben Gelegenheit hatte. Bezüglich der Histogenese dieser Krankheit nnd ihrer Aetiologie bestätigt er die Befunde anderer Autoren: Es handelt sich dabei um eine theils herdförmig, theils diffus hauptsächlich im Corium sich ausbreitende Granulationsgeschwulst, deren zellige Bestandtheile, Granulations-, Epitheloid- und Riesenzellen zum Theil eine hyaline Entartung eingehen. Innerhalb der grösseren epitheloiden Zellen fand Verfasser runde, isolirt liegende, und von farblosen Höfen umgebene Mikrococcen, die er für specifisch hält. Wahrscheinlich ist diese Krankheit identisch mit dem als Orientbeule bezeichneten Leiden; bis auf geringe Differenzen stimmen die Befunde des Verfassers mit den seinerzeit von Riehl für die letztere Krankheit erhobenen in histologischer wie bacteriologischer Beziehung überein. Von besonderem Interesse war nun der Befund elastischer Fasern in den Riesenzellen der Geschwulst, welche deutlich Zerfallserscheinungen zeigten. Ganz Aehnliches

sah Verfasser in Präparaten von einem Lupus der Kniegegend. Durch Anwendung der für elastische Fasern specifischen Färbungsmethode nach Herxheimer konnte Verfasser an solchen im Innern von Riesenzellen befindlichen elastischen Fasern eine Reihe von Veränderungen nachweisen, wie Trennung der Continuität, Aufquellung, scheibenförmigen Zerfall, Abnahme der Färbekraft, Schrumpfung und Blätterung bis zum vollständigen Schwunde mit Vacuolenbildung in dem Zellkörper, welche Verfasser als Zerfallserscheinungen, bedingt durch die phagocytäre Thätigkeit der Riesenzellen, zu deuten geneigt ist. Verfasser citirt aus der Literatur einige Befunde, die von den Autoren anders gedeutet, wahrscheinlich im Sinne des Verfassers aufzufassen sind. Die bekannten in Riesenzellen bei tuberculösen Leiden gefundenen concentrisch geschichteten Körper scheint Verfasser für ein späteres Umwandlungsstadium solcher in Zellen aufgenommener elastischer Fasern zu halten. Verfasser illustrirt seine Ausführungen durch eine Reihe von Abbildungen. Ortmann.

Tria (2) führt auf Grund seiner, an der Haut eines Negers angestellten Untersuchungen den Nachweis, dass die Körnerschicht nicht, wie Unna behauptet, eine Eigenthümlichkeit der weissen Race sei, dass sie vielmehr auch in der Oberhaut der Neger vorhanden sei und dass weder in der Dicke, noch in der Structur dieser Schicht wesentliche Unterschiede zwischen der weissen und der schwarzen Race bestehen. Während Unna ferner annimmt, dass beim Neger das Hautpigment auf die Stachelschicht beschränkt ist und dass die Hornschichte niemals körniges Pigment enthält, konnte Tria die Gegenwart eines feinkörnigen Pigmentes auch in der Hornschicht der Negerhaut constatiren. Dornig.

Filomusi Guelfi und Rezzonico (3) studirten an Hunden den Uebergang von Farbstoffen in die Lymphdrüsen nach Tätowirungen der Haut und gelangten dabei zu folgenden Schlüssen: 1. Der Uebergang des Farbstoffes von der tätowirten Stelle in die Lymphdrüsen der betreffenden Region erfolgt rascher, wenn die Tätowirung mit chinesischer Tusche, als dann, wenn sie mit Zinnober vorgenommen wird. 2. Bei Hunden ist nach einer am Schenkel vorgenommenen Tätowirung mit Tusche der Farbstoff schon nach zehn Tagen in den Leistendrüsen nachweisbar und nach zwanzig Tagen auch mit blossem Auge sehr deutlich zu sehen; bei Verwendung von Zinnober ist selbst nach zwanzig Tagen noch keine Spur des Farbstoffes in den Drüsen nachweisbar. 3. Der raschere Uebertritt der Tusche in die Drüsen beruht auf der feineren Vertheilung und dem grösseren Diffusionsvermögen dieses Farbstoffes gegenüber dem Zinnober. 4. Ein directer Zusammenhang zwischen der grösseren Haltbarkeit der Tätowirungen und der schwierigeren Passirbarkeit des Farbstoffes durch die Lymphgefässe lässt sich nicht feststellen, denn die Tusche, welche die haltbareren Tätowirungen gibt, passirt leichter die Lymphgefässe als der Zinnober, welcher die weniger haltbaren Tätowirungen gibt. 5. Die grössere Haltbarkeit und Widerstandsfähigkeit der Tätowirungen mit Tusche kann dadurch erklärt werden, dass jene Theilchen der Tusche, welche die Lymphgefässe nicht passiren und in situ bleiben, keine chemischen Veränderungen eingehen, während die Zinnobertheilchen, welche an Ort und Stelle bleiben, wahrscheinlich chemische Zersetzungen erfahren und schliesslich resorbirt werden. Dornig.

Ribbert (4), unter dessen Leitung bereits mehrere Arbeiten über den Einfluss des Staphylococcus auf thierische Gewebe und über die Herkunft des Eiters und das gegenseitige Verhältniss der Mikroorganismen zu den Gewebszellen bei der acuten Entzündung ausgeführt sind, prüft diese Fragen nochmals in eingehender Weise experimentell. Er schliesst sich hin-

sichtlich der Histogenese der Entzündung und Eiterung Hohnfeldt, einem Schüler Baumgarten's, an, welcher für die Haut von Kaninchen nachwies, dass die Bindegewebszellen an der Eiterbildung nicht Theil haben, sämmtliche Eiterzellen vielmehr ausgewanderte Leucocyten sind. Die in der Folge etwa vom zweiten Tage ab, sichtbaren Proliferationserscheinungen an den fixen Gewebszellen sind nicht als Entzündungs-, sondern als Regenerationsvorgänge zu deuten. In Bezug auf das Verhältniss des Staphylococcus zu den Eiter- und Gewebszellen ist Verfasser jedoch anderer Ansicht als Hohnfeldt. Während dieser nämlich eine Phagocytose im Sinne Metschnikoff's, ja überhaupt einen hemmenden Einfluss des lebenden Gewebes auf die eingeimpften Coccen leugnet, hat Verfasser es durch eine Aenderung der Versuchsanordnung, besonders durch eine quantitative Abstufung des applicirten Entzündungserregers, durchaus wahrscheinlich gemacht, dass bei Einimpfung geringer Staphylococcusmengen in die Haut eine Phagocytose, bei Einimpfung grösserer Mengen aber eine Abgrenzung und Abtödtung der Mikroben durch eine entzündliche Leucocytenansammlung um dieselben stattfindet, letzteres, wie Verfasser vermuthet, in Folge giftiger Zersetzungsproducte der Bacterien selbst. Ortmann.

Stern (5) empfiehlt folgende Zusammensetzungen mit Lanolin: 1. Das Sapolanolin: ein Gemenge von Lanolin anhydric. und Sapo kalin. im Verhältnisse von 2 : $2\frac{1}{2}$, dem sich mit Ausnahme der Salicylsäure alle üblichen Medicamente beimischen lassen. Die auf diese Weise bereiteten Salben sind bei veralteten Eczemen, Mykosen und Seborrhöen von Vortheil; am meisten aber wirkt folgende Zusammensetzung: Hydrarg. praecip. alb. 10·0, Sapon. kalin. 40·0, Lanolin. 50·0 gegen Psoriasis capitis. Schon nach drei bis acht Tagen sind die Schuppen verschwunden. Eine Verfärbung der Haare tritt bei Gebrauch dieser Salbe nicht ein. 2. Die Lanolin-Wachspasta (Ung. adhaesiv.), die vollkommen indifferent, hellgelb und von schmieriger Consistenz ist. Sie hat folgende Zusammensetzung: Cer. flav. Lanolin. anhydric. āā 40·0, Ol. olivar. 20·0 (im Sommer Ol. oliv. benzoinic.) m. f. past. usque ad refrigerat. agitand. Dieser als Basis betrachteten Pasta lassen sich die meisten Medicamente, ohne die Consistenz merklich zu beeinflussen, beimischen; nur bei Theerzusatz muss der Wachsgehalt erhöht werden. Dieselbe leistet überall, wo Salbenverbände schwer anzubringen sind, z. B. beim Gesichtseczem der Kinder gute Dienste. Der Zusatz von Salicylsäure: Acid. salicyl. subt. pulv. 3·0, Ol. olivar. 17·0, Cer. flav. Lanolin. āā 40·0 wirkt bei squamösen und vesiculösen Eczemen vorzüglich. 3. Flüssige Lanolininjectionen: 1. Lanolin. anhydr. 25·0, Ol. amygdal. 75·0 (Basis-Injection). 2. Zinc. sulfur. 0·5, Aq. 4·5, Lanol. anhydr. 20·0, Ol. amygd. 75·0. 3. Acid. salicyl. 0·25, Ol. amygdal. 75·0, Lanol. anhydr. 24·75. Stern gibt die Basisinjection, die reizherabmindernd wirkte, im Stadium acmes, fügt dann acht bis zehn Tage hindurch ein antiseptisches oder adstringirendes Mittel bei und beschliesst mit einer $1\frac{1}{2}\%$ Resorcinlösung in Wasser die Behandlung der Gonorrhöe. O. Rosenthal.

Calvelli (6) versuchte die Pikrinsäure bei verschiedenen entzündlichen Hautaffectionen und empfiehlt deren Anwendung namentlich bei Erysipel, Lymphangioitis und Eczem. Die Wirkung dieses Mittels äussert sich in erster Linie darin, dass die pralle entzündliche Schwellung der Haut einem weichen, pastösen Oedem Platz macht, worauf in kurzer Zeit Heilung erfolgt. Calvelli wendet die Pikrinsäure in wässeriger Lösung (1·5 : 250) an und pinselt damit die Haut fünf- bis zehnmal täglich ein. Dornig.

Als Ersatz des Jodoform-Collodiums empfiehlt Helbig (7) nach Lübbert das 0·5procentige Collodium der α-Oxynaphtoësäure, die zwar seit

zwanzig Jahren bekannt ist, deren antiseptische Eigenschaften aber erst kürzlich gefunden wurden. Ebenso zeigte sich bei Behandlung von Geschwüren und Wunden die einprocentige α-Oxynaphtoë-Watte brauchbar, die nach folgender Vorschrift angefertigt wurde: Acid. α Oxynaphtöici 3·5, Spir. 250·0, Glycer. 50·0, Fuchsin 0·005. Diese Menge kommt auf 100 Gr. Watte. Als vorzügliches Antiscabiosum bewährte sich eine Salbe von Vaseline 1 : 10·0 α-Oxynaphtoësäure. O. Rosenthal.

Dauchez. Ueber die experimentelle Schwierigkeit, der Haut Tuberculose einzuimpfen. France méd. Paris 1888. — **Jäger** J. Hautveränderungen bei einer Hysterischen. Gaz. méd. de Strasbourg 1888. — **Lier** E. Ueber Kreuznacher Mutterlauge und Chlorcalcium in der Behandlung der Hautkrankheiten. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888. — **Sebilau** P. Ueber die parasitäre Natur der Anthraco-furunculose. Gaz. méd. de Paris 1888.

Anomalien der Secretion und des Secretionsapparates.

Legoux. Ueber Bromidrosis. Gaz. méd. de Ricordie. Amiens 1888. — **Muselli.** Ephidrosis. Mém. et bullet. Soc. de méd. et chir. de Bordeaux 1887.

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

(Infectiöse Entzündungsprocesse.)

1. **Loeb** M. Propeptonurie ein häufiger Befund bei Masern. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. Nr. 15.
2. **Riedel** A. Bericht über eine kleine Epidemie von Schweissfrieselerkrankungen in Hallerndorf. — Münchner med. Wochenschr. 1889. Nr. 10.
3. **Loeb.** Ueber einige seltenere Complicationen des Scharlachs. — Arch. f. Kinderheilk. Bd. X, pag. 212.
4. **Behrend** (Sagan). Ueber die Behandlung des Erysipels mit Spiritus. — Berliner klin. Wochenschr. 1889. Nr. 4.
5. **Kemény.** Zur Behandlung des Erysipels. — Wiener med. Blätter 1889, Nr. 10.
6. **Lauenstein.** Zur Behandlung des Erysipels nach Kraske-Riedel. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 11.

Bei beginnender oder schon eingetretener Defervescenz, aber noch stehendem Exantheme beobachtete Loeb (1) eine fast zwei Tage lang bleibende Propeptonurie. HNO_3 tropfenweise dem Harne zugesetzt, gab einen weissen, flockigen Niederschlag, der sich beim Erwärmen auflöste, um beim Erkalten wieder zum Vorschein zu kommen. In diesen Harnen fiel auch die Diazoreaction positiv aus; letztere war aber auch dann positiv, wenn kein Propepton nachzuweisen war.

Riedel (2). Im Pfarrdorfe Hallerndorf, im Amtsgerichte Forchheim trat im Juli 1888 eine kleine Epidemie von Schweissfriesel auf, die vier Wochen lang währte und unter vierzehn Erkrankungsfällen vier Todesfälle nach sich zog. Die Epidemie trat ohne bekannte Veranlassung auf, da die ganze Gegend keine Infectionskrankheit darbot, die Wasserversorgungsverhältnisse günstig sind, der Ort an Reinlichkeit nichts zu wünschen übrig lässt; auch gehörten die Erkrankten den besser situirten Bewohnern des Ortes an. Unter heftigem Fieber, Abgeschlagenheit, Kopfschmerz, reichlichem Schweissausbruche und Bildung des Frieselausschlages trat Störung

des Bewusstseins und bei den erwähnten vier Fällen (Frauen) der Tod nach drei- bis vierzehntägigem Krankenlager; bei den übrigen Fällen trat nach Ablauf der acuten Erscheinungen reichliche Abschuppung ein. Riedel sah leider die Fälle im acuten Stadium nicht selbst. Horowitz.

Loeb (3). Schwerer Fall von Scharlach bei einem nervös beanlagten sechsjährigen Kinde Im Harn ein Mal Propepton gefunden. Am vierzehnten Krankheitstag tonische Krämpfe; die Daumen adducirt und opponirt, Vorderarme flectirt theils starr, theils in Bewegung. Bewusstlosigkeit. Kein Albumen im Harn. Nach sieben Tagen wird das Sensorium freier, die Contracturen lösen sich, es besteht jedoch jetzt Aphasie, daneben choreiforme Bewegungen der oberen Extremitäten, und als diese zurückgegangen ausgesprochene Ataxie der Arme. Rasche Besserung. Fünf Wochen nach Beginn der Erkrankung völlige Reconvalescenz. Stern.

Behrend (4) hatte mehrfach Gelegenheit, bei häufig recidivirenden Gesichtserysipeln und in einem Falle bei gleicher Affection des Unterschenkels Waschungen der befallenen Theile mit absolutem neunzigpercentigen Alkohol, die er drei Mal täglich vornehmen liess, anzuwenden. Da in allen Fällen sofortiger Stillstand des örtlichen Processes eintrat, so empfiehlt er diese Behandlungsmethode als eine unfehlbare. O. Rosenthal.

Bei einem Soldaten trat nach nahezu vollständiger Heilung des einen Prostataabscess eröffnenden Schnittes ein Erysipel auf, das in kurzer Zeit fast den ganzen Körper bedeckte. Kemény (5) wandte in diesem vorgerückten Stadium rechts fünfprocentige Carbolvaselinsalbe, links absoluten Alkohol an und erzielte ein rasches Absinken der Temperatur und Abblassen der kranken Haut. Horowitz.

Kraske machte im Jahre 1886 in drei Fällen von Erysipel nach sorgfältiger Desinfection auf dem erkrankten Gebiete zahlreiche kleine Stiche und Schnitte — bis zu 1 Ctm. lang und 15—20 auf 1 Quadratzoll; — die bis in die Cutis reichten und besonders zahlreich auf der Randzone waren. Die Incisionen wurden mit fünfpercentiger Carbollösung bespült und nachher mit Umschlägen von zweipercentiger Lösung bedeckt. Riedel modificirte im Jahre 1887 in elf weiteren Fällen das Verfahren in der Weise, dass er nur das Grenzgebiet mit 6—8 Ctm. langen, oberflächlichen, parallelen Schnitten, die spitzwinkelig von einer zweiten Reihe von Schnitten gekreuzt wurden, bedeckte. An Stelle des Carbols verwandte er Sublimat. — Lauenstein (6) hat fünf schwere Fälle von Erysipel beobachtet, die in gleicher Weise behandelt wurden, von denen der eine, in extremis operirt, letal endete. Er schlägt vor, um jede weitere Infection durch den Act der Operation selbst zu vermeiden, die Schnittchen nur im Gesunden anzulegen, um gleichsam ein Gitter gegen das erkrankte Gebiet zu bilden.
O. Rosenthal.

Hall E. A. W. Scharlach bei Pferden. Vet. J. et Ann. Comp. Path., London 1888. — **Mulherot** J. J. Lupus exedens — Amputation. Med. Age Detroit 1888. — **Rake** B. Lepra anaesthetica mit Geschwürsbildung; Nervendehnung gefolgt von Gangrän des Beines. Amputation; Heilung. St. Louis, M. et S. J. 1888. — **Rake** B. Behandlung der Lepra tuberosa durch Excision. Brit. Med. Journ. London 1888.

Erythematöse, eczematöse, parenchymatöse Entzündungsprocesse.

1. **Litten.** Fall von Arzneiexanthem. Sitzungsber. d. Berliner med. Gesellsch. v. 30. Jänner 1889. — Berliner klin. Wochenschr. Nr. 7.

2. **Blaschko.** Ueber Dermatitis herpetiformis. Vortrag, geh. in der Berl. med. Gesellsch. — Berliner klin. Wochenschr. 1889. Nr. 6.
3. **Barduzzi.** Del efficacia del joduro di potassio nella terapia del psoriasi inveterate. — Gazz. degli ospitali, 1889, Nr. 17.
4. **Haslund.** Fortsatte forsig med behandling af Psoriasis ved store doser af Jodkalium.
5. **Isaac.** Die Acne und ihre Behandlung. Vortrag, geh. in d. med. Gesellsch. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 3.
6. **Nicoletti.** La medicatura antisettica nelle scottature. — Giorn. internaz. de sc. med. 1888, Nr. 11.

Litten (1) stellte einen Fall vor, bei dem nach Genuss von Rhabarber, das letzte Mal nur nach einem Theelöffel von Inf. rad. Rhei 8·0 : 200 mit Natr. bicarbon. ein grossfleckiges, hämorrhagisch-maculöses Exanthem und eine schwere Pemphiguseruption auftrat.

Blaschko (2) hält die von Duhring beschriebene Dermatitis herpetiformis für eine Gruppe verschiedener, noch genauer zu begrenzender Krankheiten. Aetiologisch spricht er sich mit Reserve für den nervösen Ursprung des Leidens aus. Therapeutisch empfiehlt er das Arsen. Blaschko selbst hat vier einschlägige Fälle beobachtet, von denen er zwei vorstellt. 1. Eine fünfundzwanzigjährige Frau, die, nachdem sie vor zweieinhalb Jahren im Anschluss an ihr zweites Wochenbett eine ähnliche, nach zwei Monaten spontan heilende Erkrankung durchgemacht hatte, im Frühjahr 1888, drei Tage nach einer durch Abort bedingten Auskratzung der Gebärmutter, einen stark juckenden Ausschlag bekam. Derselbe bestand in rothen Flecken, Knötchen, Papeln, zahlreichen Bläschen von Stecknadelkopf- bis Erbsengrösse auf gerötheter Basis, vereinzelten Pusteln und braunpigmentirten Flecken. Meistens standen die Eruptionen vereinzelt, seltener in Gruppen und waren vorwiegend auf den Beugeseiten der Arme, der Brust und dem Bauch localisirt. Nach Darreichung von 10 Gr. Sol. Fowl. blieben neue Anfälle aus, und das Exanthem heilte mit Zurücklassung dunkler Pigmentflecke. 2. Einen vierunddreissigjährigen Patienten, der vor ungefähr Jahresfrist erkrankte, wo er in beiden Kniekehlen heftig juckende, handtellergrosse rothe Flecke bekam, auf denen sich innerhalb einiger Tage zahlreiche Blasengruppen entwickelten. Seitdem sind in ein- oder mehrwöchentlichen Pausen auf den verschiedensten Stellen des Körpers, zumeist symmetrisch, ähnliche Exantheme hervorgetreten, während die früheren Stellen unter Zurücklassung grosser brauner Flecke heilten. Auch hier bewirkte Arsen ein Nachlassen der Erscheinungen. O. Rosenthal.

Barduzzi (3), welcher die parasitäre Natur der Psoriasis leugnet und die Ursache derselben in einer centralen nervösen Störung gefunden zu haben glaubt, hat von der in neuerer Zeit von mancher Seite empfohlenen internen Verabreichung von Ichthyol und Chrysarobin keine günstige Beeinflussung des Psoriasisprocesses gesehen; dagegen leistete ihm in drei Fällen von inveterirter Psoriasis der innere Gebrauch von Jodkali sehr gute Dienste. Barduzzi lässt die Cur mit 1 Gr. Jodkali pro die beginnen und jeden fünften Tag um 1 Gr. steigen, bis die tägliche Dosis von 7 Gr. erreicht ist. Zu so heroischen Dosen, wie sie Haslund anwendet, welcher bekanntlich 40 Gr. und darüber täglich nehmen lässt, verstieg sich Barduzzi nie; er hält dies auch nicht für nothwendig, da er bereits mit der Maximaldosis von 7 Gr. eine auffallende und andauernde Besserung der Psoriasis erzielte. Uebrigens bemerkt Barduzzi ausdrücklich, dass die angegebene Behandlung nur für chronische diffuse

Fälle passt, und dass die örtliche Behandlung dabei nicht vernachlässigt werden darf. Dornig.

Haslund (4) hat die Methode in sechzig Fällen angewendet. Das Mittel wird folgendermassen gegeben: 10 : 200 (Kinder unter zwölf Jahren 5 : 200) ein Esslöffel vier Mal täglich die drei bis vier ersten Tage. Wenn das Mittel vertragen wird, nach dieser Zeit ein Esslöffel sechs Mal und nach respective zwei bis drei Tagen acht Mal täglich, zehn Mal täglich und endlich die ganze Portion. Nach einigen Tagen wird die Lösung um 2 Gr. stärker gemacht, und successive nach zwei bis drei Tagen um je 2 bis 3 Gr. stärker. Wenn acht Esslöffel täglich gegeben werden, werden jedesmal zwei genommen, aber nach jedem Einnehmen soll ein ganzes Glas Wasser getrunken werden, um die Wirkung der concentrirten Salzlösung auf die Magenschleimhaut aufzuheben. Solchermassen hat Verfasser auch bei Lösungen von 40 : 200 keine Magensymptome erhalten. Nach beendeter Cur hört man ganz plötzlich mit dem Mittel auf, wovon nie Nachtheile entstanden sind. Im Anfang finden sich manchmal leichte Zeichen von Jodismus und muss man dann langsamer die Dosis vermehren oder dieselbe etwas vermindern, aber gewöhnlich verschwinden dieselben bald. Patienten sind auf und dürfen ausgehen. Gegen Ende der Cur lässt Verfasser ein Theermittel mit nachfolgendem Bade anwenden, obgleich dieselben für den vollständigen Erfolg nicht nothwendig sind, sie beschleunigen jedoch die vollständige Heilung. Von den sechzig Patienten berichtet Verfasser über die Resultate an fünfzig. Von diesen wurden dreiundvierzig geheilt, drei bedeutend gebessert, an vier war kein Resultat zu erzielen, trotz einer Dosis von respective 44, 38, 50 und 38 Gr. täglich. Die meisten Fälle waren schwere Fälle und die Dauer der Cur variirte von drei Wochen bis zu drei Monaten, jedoch waren die Fälle, die am schnellsten heilten, keineswegs die leichtesten. Die Wirkung des Jodkali tritt nach sehr verschieden langer Zeit und nach sehr verschieden eingenommener Menge ein, aber wenn einmal angefangen, geht die Krankheit rasch zurück. Die retrograde Metamorphose fängt am Kopfe an, geht von dort über Hals und Truncus und tritt zuletzt an den Etremitäten ein. Um vollständige Heilung zu erzielen, variirte die angewendete Menge Jodkali zwischen 160—1666 Gr., in ein paar resultatlosen Fällen wurden sogar über 2000 Gr. gegeben. Ernstere Intoxicationserscheinungen (Kopfschmerzen, Schwindel, gedunsenes Gesicht, Verworrenheit, Ohrensausen) sah Verfasser nur bei einem Patienten bei einer täglichen Dosis von 50 Gr., sonst waren dieselben nur äusserst unbedeutend. Absolute Idiosynkrasie fand Verfasser in zwei Fällen und auch der gleichzeitige Gebrauch von 5 Ctgr. Extr. Belladonn. nach Aubert half hier nicht. Das Körpergewicht nahm während der Cur bei sechsunddreissig Patienten mit bis zu 7000 Gr. zu, bei zwölf verminderte sich dasselbe mit bis zu 5000 Gr., welches letztere jedoch Verfasser auf die ungewohnte Hospitalskost zurückführt. Eine atrophirende Wirkung auf das Drüsengewebe war niemals zu constatiren, in ein paar in dieser Hinsicht untersuchten Fällen zeigte sich keinerlei Veränderung der Anzahl, Form und Grösse der rothen Blutkörperchen, der Pulsschlag ist nach acht bis vierzehn Tagen vermehrt bis zu 130—140, wurde aber nicht unregelmässig und nahm seine normale Frequenz innerhalb einiger Tage nach dem Aufhören mit dem Mittel wieder an. Sonst zeigten sich keine irgendwie schädlichen Wirkungen aufs Herz. Die Digestion wurde bei der oben angegebenen Anwendungsweise nicht gestört. Das Jodkali wird zum grössten Theil durch den Urin ausgeschieden, die Urinmenge steigt rasch und fällt ebenso rasch beim Aussetzen des Mittels und nach einigen Tagen schon verschwindet jede Spur von Jod im Urin. Die Stellen der Psoriasisplaques

werden bei Arsenikbehandlung braun, bei Jodkalibehandlung nur schwach rosaroth. Als Schlussresumé betont Verfasser, dass Jodkali in steigenden täglichen grossen Dosen dem Arsenik gleichwerthig, wenn nicht überlegen ist, indem es die Psoriasis schneller heilt. Recidive verhindert das Mittel allerdings nicht.

Isaac (5) empfiehlt gegen Acne die Naphtolschälpaste und gegen hartnäckige Formen die von Oesterreicher angegebene Modification: Pulv. Cret. alb. 5·0, β Naphtol, Camphor, Vasel. flav. āā 10·0, Sapon. virid. 15·0, Sulfur. praecipit. 50·0. Ferner hat Isaac in etwa fünfzig Fällen vom Resorcinin, zehn bis zwanzig Procent per Pastenform, einen prompten Heilerfolg gesehen. — In der sich an den Vortrag anschliessenden Discussion bemerkte Behrend, dass die Aetiologie der Acne darauf zurückzuführen sei, dass ein Lanugohaar in seinem Wachsthum an die gegenüberliegende Wand des Ausführungsganges der Drüse stosse, sich zusammenrolle und den Ausgang verstopfe. Es kommt so zu Talgansammlungen, die Circulationsstörungen hervorrrufen. Auf diese Weise ist es den auch in den Mündungen der Talgdrüsen sich vorfindenden Mikroorganismen möglich, sich zu entwickeln und Eiterungen zu bewirken. Behrend empfiehlt daher durch Waschungen, Naphtol, Theer etc. die Haut von den Mikroorganismen zu befreien und die Stauungen durch den scharfen Löffel zu beseitigen. Lineare Scarificationen machen nach Behrend immer Narben. — Herr Lewin, der die Acne mit der Geschlechtssphäre und der Diät in Verbindung bringt, verbietet den Patienten jede fette Nahrung: Milch, Butter, Käse, Bier etc., gestattet aber täglich mehrere Gläschen Branntwein (fettlösend). Zugleich gibt er die Durand'schen Tropfen (Aether und Ol. Terebinth.). Oertlich zerstört er die Drüse mit einem mit Arg. nitr. armirten Silberdraht. — Rosenthal führt die Acne vulgaris zur Zeit der Pubertät nicht auf die Geschlechtssphäre, sondern auf die zu gleicher Zeit stattfindende Haarentwicklung zurück. Naphtol und Resorcin hat er auch mit gutem Erfolge angewendet. Bei gewissen Formen der Acne rosac. wird man der Scarificationen, speciell nach seiner Methode, die niemals Narben geben, nicht entbehren können. O. Rosenthal.

Nicoletti (6) befürwortet die von Mosetig empfohlene Anwendung des Jodoform bei Verbrennungen. Er erzielte mit dieser Behandlungsmethode sehr günstige Heilerfolge und beobachtete dabei niemals Intoxicationserscheinungen. Der Application des Jodoform — er verwendet Jodoformpulver und nicht Jodoformgaze — schickt er Waschungen mit achtprocentiger Borsäurelösung voran. Dornig.

Blanc H. Behandlung des Carbunkels mit Carbolsäure-Spray. Lancet, London 1888. — **Blancard** M. J. T. J. Ein Fall von Pityriasis rubra acuta. Lancet, London 1888. — **Bourdel.** Scharlachartiges Erythem und Erythem des Rachens. France méd. 1888. — **Brunon** R. Ueber acutes Eczem bei Nervösen. Normandie méd. Rouen 1888. — **Chappel** W. Behandlung des Carbunkels mit Carbolsäure. Med. Rec. New-York 1888. — **Cheminade** G. Psoriasis palm. et plant. bei Syphilitischen. Gaz. hebdom. d. sc. méd. de Bordeaux 1888. — **Deligny** L. Ein Fall von Urticaria pigmentosa. Union méd., Paris 1888. **Deligny** L. Ein Fall von Urticaria pigment. Courier méd. Paris 1888. — **Félix** J. Ichthyol bei Behandlung des Anthrax. Arch. de méd. et chir. prat., Bruxelles 1888. — **Hewitt** G. A. Ein Fall von Urticaria chron. Med. Reg., Philadelphia 1888. — **Hays** F. W. Eczema, seine Ursachen in der Jugend. Indiana Med. Journ. Indianap. 1887—88. — **Latta** J. M. Dermatitis venenata. J. Cut. and Genito-urin. Dis. New-York 1888. — **Mc Manus** J., Localbehandlung der Carbunkel mit Carbolsäure. Med. Rec.

New-York 1888. — **Opie** E. A. Ist das Eczem contagiös? Lancet, London 1888. — **Owen** E. Cheiro-Pompholyx. Lancet, London 1888. — **Richardson** B. W. Gnocers Psoriasis palm. Asclepiad. London 1888. — **Saugster** A. und F. W. **Mott.** Pemphiguseruption mit Veränderung der peripheren Nerven. Brit. Med. Journ. London 1888. — **Schmitz** M. Resorcin gegen chronisches Eczem. Therap. Gaz., Detroit. 1888. — **Weir** R. F. Ueber die Auslöffelung des Carbunkels. Med. Rec. New-York 1888. — **Wuig** E. Chronische, wiederkehrende Urticaria. Chicago Med. Journ. et Exam. 1888.

Bildungsanomalien.

(Hypoplasien, Hyperplasien, Paraplasien der Epidermis und Cutis.)

1. **Samuel** S. Ueber Max Joseph's „Atrophischen Haarausfall". — Virchow's Arch., 114. Bd., 1888.
2. **Joseph** Max. Richtigstellung der von Herrn Prof. Dr. S. Samuel gegen meine Versuche über „atrophischen Haarausfall" erhobenen Einwände. Ebenda.
3. **Behrend** Gustav. Ueber Nervenläsion und Haarausfall mit Bezug auf die Alopecia areata. — Virchow's Arch., 116. Bd., 1888.
4. **Schütz.** Sechs Fälle von Alopecia neurotica. — Münchner med. Wochenschr. Nr. 8, 1888.
5. **Pontoppidan.** Ein Fall von Alopecia areata nach Operation am Halse. — Monatsh. f. prakt. Derm. Nr. 2, 1889.
6. **Stukowenkow.** Ein Fall von Mycosis fungoides (Alibert). — Medicinsk. obosrenje. 1889, 4, pag. 371—377 (russisch).
7. **Taylor** R. W. Xeroderma pigmentosum. — The Med. Record, March 1888.

Auf Grund theoretischer Erwägungen und nach den negativ ausgefallenen experimentellen Ergebnissen anderer Autoren (Michelson) sieht Samuel (1) sich veranlasst, schon a priori den Resultaten der Joseph'schen Versuche einiges Misstrauen entgegen zu bringen. Und zwar stützen sich diese „Verdachtsgründe" hauptsächlich auf folgende drei Punkte in den Ergebnissen Joseph's: „1. Der Haarausfall sollte erfolgen bei Resection des II. Halsnerven im Ganglion und dicht am Ganglion — aber nicht mehr weiter ab vom Ganglion. 2. Der Haarausfall trat einerseits nicht im ganzen Gebiet des II. Halsnerven auf, und ging andererseits auch auf das Trigeminusgebiet über. 3. Die Zeit des Haarausfalles war eine sehr ungleiche. Verdachtsgründe sind aber noch keine Gegenbeweise; die Versuche mussten also wiederholt werden." Bei dieser Wiederholung der Joseph'schen Experimente ergab sich dann bei älteren Katzen (junge Katzen und Kaninchen fand Verfasser ganz ungeeignet) auch plötzlich nach vierzehn Tagen reichlicher Haarausfall — acht Tage später aber Abscessbildung und langdauernde Eiterung, und mit Nachlass der entzündlichen Spannung Beginn der Haarregeneration und schnelle völlige Wiederbehaarung. Verfasser kommt demnach zu dem Schlusse, dass der von Joseph beobachtete Haarausfall nicht auf Rechnung der Nervenläsion komme, sondern ein rein entzündliches Defluvium capillorum darstelle, wie denn auch bei dem von Joseph meist citirten Falle Wiederbehaarung, Abscessbildung und Tod an Pyämie eingetreten sei. Gerber.

Max Joseph (2) verwahrt sich dagegen, dass der von Samuel immer als „Musterversuch" bezeichnete Versuch auch von ihm als solcher aufgefasst und ausgegeben sei. Dass er seine Nervendurchschneidungen möglichst central ausgeführt, sei geschehen, um mit einiger Sicherheit die Mitwirkung von Gefässnerven auszuschliessen. Was nun aber die Haupt-

streitfrage betrifft, so behauptet Verfasser gegenüber Samuel: „es dürfe in den meisten Fällen zu gar keiner traumatischen Entzündung kommen, und die bei seinem, von Samuel immer citirten „Musterversuch“ beobachteten Abscesse seien erst vier Wochen nach vollkommener Vernarbung der Operationswunde und nach völliger Wiederbehaarung eingetreten. Er habe es sich niemals denken können, „dass man den Tod seines „Musterversuchs“-Thieres an Pyämie mit jener vor fünf Wochen erfolgten Operation in Zusammenhang bringen könne“. — Wenn Samuel sich wundere, nichts über das fernere Schicksal der Haargeneration zu erfahren, so erkläre sich das naturgemäss daraus, dass er dieselbe eben nicht beobachten konnte, wenn er die kahlen Stellen zur mikroskopischen Untersuchung excidirte. Auch stimme Mibelli mit ihm darin überein, dass der Haarausfall stets auf glatter, vollkommen normaler, reactionsloser Haut eintrete. Gerber.

Von der Ansicht ausgehend, dass der Haarausfall bei der Alopecia areata von localen Circulationsstörungen abhängig sei, also mit den Gefässen in irgend einer Beziehung stehe, beabsichtigte Behrend (3) zunächst festzustellen, ob nicht auch durch eine Elimination vasomotorischer Nerven ein Haarausfall, ähnlich dem von Joseph beschriebenen zu erzielen sei. Das Nervengebiet war dasselbe wie in den Joseph'schen Versuchen. Da das Resultat in diesen Experimenten ein unsicheres blieb, so beschränkte sich Verfasser darauf, festzustellen, ob bei dem Haarausfall, wie ihn Joseph nach Exstirpation des Spinalganglion des II. Cervicalnerven ausnahmslos sah, thatsächlich jeder Einfluss von Vasomotoren auszuschliessen sei. Als nun aber schon bei dem ersten Versuchsthier bis zum zwölften Tage nach der Operation der von Joseph beschriebene Haarausfall ganz ausblieb, hielt Verfasser es für geboten, erst einmal festzustellen, ob das in Bezug auf den Haarausfall negative Ergebniss dieses Versuches die Ausnahme oder die Regel sein würde. Die so gleichsam zufällig herbeigeführte Nachprüfung der Joseph'schen Versuche ergab nun in allen neun, genau nach der Vorschrift Joseph's angestellten Versuchen ein negatives Resultat. Im Weiteren wendet sich Verfasser gegen die Stichhältigkeit derjenigen Hypothesen, welche Joseph als die hauptsächlichsten Stützpunkte seiner Beweisführung gedient haben. Gerber.

In allen sechs, überhaupt eine grosse Gleichartigkeit darbietenden Fällen von Schütz (4) handelt es sich um schwächliche oder nervöse Individuen, von denen vier im kindlichen Alter stehen. In Fall I und II wird als Aetiologie ein Trauma gemeldet, nach welchem in etwa vierzehn Tagen der Haarausfall beginnt. In der Anamnese von Fall III und IV ist die scrophulöse Diathese der kleinen Patienten beachtenswerth. Alle sechs Fälle verlaufen ohne dem Haarausfall vorausgehende Prodrome, ohne sichtliche Veränderungen der Haut; die vier ersten auch ohne subjective krankhafte Empfindungen während des Haarausfalles. Am auffallendsten in diesen Fällen ist die Uebereinstimmung in der Ausbreitungsform der Alopecie: Aus einem anfänglich strichförmigen Haardefect entstehen dreieckige Glatzen mit der Spitze nach dem Hinterhauptswirbel gerichtet, so dass es den Anschein hat „als ob entsprechend dem natürlichen Richtungsverlauf der Haare von bestimmten Convergenzpunkten aus die Haare büschelförmig zum Ausfall kommen“. Es wäre von Interesse gewesen, wenn Verfasser auch etwas über die Art und Weise der Haarregeneration hätte mittheilen können. Gerber.

Pontoppidan (5). Bei einem zehnjährigen Mädchen wurde im Verlaufe der Exstirpation einer Drüsengeschwulst am Halse die V. jugularis ext. angerissen und der Riss mit Jodoformgaze tamponirt. Drei Wochen nach der Operation feste Adhärenz des Tampons, später völlige Einheilung

der adhärenten Partien. Zu gleicher Zeit haarlose Fläche am Hinterhaupt, symmetrisch angeordnet, im Laufe eines Monats sich vergrössernd und confluirend. Nach Ablauf dieser Zeit allmälige Bedeckung der kahlen Stellen, von ihrer Peripherie aus mit lanugoartigen Haaren. Die Haut war dabei glatt und normal, Sensibilität ungestört. Mikroskopischer Befund negativ. Verfasser, der sowohl eine neurotische wie eine parasitäre Entstehung der Alopecia areata anzuerkennen scheint, hält diesen Fall für eine Alopecia areata neurotica, die sich im Grossen und Ganzen mit den Max Joseph'schen Alopecien nach Cervicalganglienläsion decke. Gerber.

Stukowenkow (6) beschreibt ausführlich einen von ihm beobachteten Fall von Mycosis fungoides; es handelte sich um eine sechsundzwanzigjährige Frau, welche vor neun Monaten zahlreiche, an verschiedenen Körpergegenden zerstreute, juckende, rothe Flecken bemerkte. In den nächsten Wochen begann der Ausschlag zu schuppen und nässte auch bald. Später traten neue juckende und nässende Stellen hinzu, welche sich immer vergrösserten und bis zu wallnussgrossen Knoten aufwuchsen. Bei der ersten Untersuchung war die ganze Brust, Bauch-, Rücken- und Oberschenkelgegend mit conglomerirten rothen Flecken und Knoten besäet, ausserdem zeigten sich am Gesässe und innerer Seite der Oberschenkel rothe Inseln; sämmtliche krankhaften Stellen waren theils mit Schuppen, theils mit Krusten bedeckt; in der Axilla sinistra war ein 8 Ctm. langer, 4 Ctm. breiter und $2^1/_2$ Ctm. hoher Tumor; in Fossae popliteae und Ellenbogenbeugen — ein papulöser eczemähnlicher Ausschlag. Drüsen intact, Schleimhäute normal. Die Zahl von rothen Blutkörperchen — 4,160.000, ihr Verhältniss zu den weissen — 1 : 693. Der Kranken wurde As in steigenden Dosen verschrieben. Der Erfolg war schon nach einer Woche zu bemerken: Die Flecken wurden blässer und glatter, die Tumoren welker und schlaffer. Leider entzog die Kranke sich einer weiteren Beobachtung. Die excidirten Knoten wurden von Dr. Wolkowitsch nach der neuen Färbungsmethode untersucht und zeigte sich mikroskopisch, wie bereits bekannt, eine Infiltration von Rundzellen in der ganzen Dicke des Coriums, welche vorwiegend in den tieferen Schichten bemerkt und in einem reticularen Maschenwerke eingelagert waren. Die Hornschichten zeigten Vacuolen und hie und da eine kleinzellige Infiltration; auch wurden hyalinähnliche Conglomerate von rothen Globen gefunden. Ueber die Resultate der von Dr. Janowsky ausgeführten bacteriologischen Untersuchung wird später berichtet werden, da dieselbe noch nicht beendet ist. Szadek.

Der sehr verdiente amerikanische Dermatologe Taylor (7), dessen erste Mittheilung über die obgenannte Affection aus dem Jahre 1887 stammt, berichtet über sieben Fälle, die er während eines Zeitraumes von vierzehn Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte. Wir heben aus der sehr anschaulichen und exacten Beschreibung die bemerkenswerthen Punkte hervor. Die sieben Fälle betreffen sechs weibliche und ein männliches Individuum, alle der hebräischen Race angehörend und, bis auf ein blondes Mädchen, vom Hause aus dunkel pigmentirt. Fünf der Sieben stehen in nahem verwandtschaftlichen Verhältnisse und zwar bilden dieselben zwei Gruppen von drei respective zwei Geschwistern, die Cousins zu einander sind. Die drei Geschwister sind die einzig erkrankten von zehn, das Geschwisterpaar von sechs Kindern. Die übrigen zwei Fälle sind erratisch und bieten keine Anhaltspunkte für hereditäre Belastung. Am Leben sind vier Fälle im Alter von vierzehn bis vierundzwanzig Jahren, davon der jüngste ohne Neubildungen, bei den übrigen im dritten bis vierten (zwei Fälle), im siebenten und vierzehnten Lebensjahre Auftreten von Keratosis senilis ähnlichen Tumoren, überdies in einem Falle Epitheliom, in einem zweiten ein Granulom. Drei

der Erkrankten starben und zwar ein Knabe siebeneinhalb Jahre alt an einer Blutung aus einem Parotiscarcinom, das im Anschluss an Mumps entstanden war, ferner ein Mädchen im achten Lebensjahre durch Ertrinken und endlich ein vierzehn Jahre altes Mädchen an Carcinom-Marasmus. Die Krankheit begann fast in allen der beschriebenen Fälle im sechsten bis siebenten, nur in einem im vierzehnten Lebensmonate, während von anderen Beobachtern, Kaposi, Vidal, Heitzmann, ein viel späteres Auftreten (zu sechzehn und mehr Jahren) constatirt worden ist. Die erste Erscheinung stellen glatte, oberflächliche Erythemflecken im Gesicht, besonders unterhalb der Augen dar. Im Verlaufe von mehreren Monaten dehnte sich das Erythem über das ganze Gesicht, Hals und Nacken bis in die Höhe der dritten Rippe aus. Nach mehrmonatlichem Bestehen verschwindet dieses prodromale Erythem um den Pigment- und teleangiektatischen Flecken Platz zu machen. Wie genaue und häufig beobachtete Fälle Taylor's gelehrt haben, stellen rothe Flecke die constanten Vorläufer der Pigmentflecke dar. An diese schliessen sich dann in bekannter Weise die atrophischen Veränderungen an. — Taylor plaidirt mit Rücksicht auf die Namensverwirrung, die auch bei dieser Hautkrankheit einzureissen droht, für die Kaposi'sche Bezeichnung wegen ihrer Kürze. Wir stimmen in dieser Hinsicht Taylor umso eher zu, als das Recht der Bezeichnung dem Autor gewahrt werden sollte, wenn, wie im vorliegenden Falle, alle weiteren Bezeichnungen keinen oder keinen nennenswerthen Fortschritt bedeuten. Den Abschluss der Arbeit bildet eine Tabelle über die vierzig bis jetzt publicirten Fälle von Xeroderma pigmentosum. Referent hatte im Herbste 1888 Gelegenheit im Spital Evangelismos in Athen auf der Abtheilung des Dr. Galvani einen einundvierzigsten Fall zu sehen, der besonders deshalb erwähnenswerth erscheint, als bis jetzt über das Vorkommen dieser Erkrankung in Griechenland und dem Archipel nichts bekannt geworden ist. Es handelte sich um ein ungefähr dreissigjähriges Mädchen von der Insel Samos, deren Bruder ihrer Aussage nach an dem gleichen Leiden seit Jahren erkrankt sei. Das typisch entwickelte und localisirte Xeroderma pigmentosum hatte bei der Patientin bereits zu einem inoperablen Oberkiefercarcinom geführt. (Dr. Galvani hat in einer brieflichen Mittheilung an den Referenten eine ausführliche Publication dieses Falles in Aussicht gestellt.) Lustgarten.

Anderson W. Keloid der Bauchdecke, einen bösartigen Charakter annehmend, gefolgt von Geschwürsbildung. Tod. Lancet, London 1888. — **Aulas.** Hypertrichosis der Hand. Loire méd. St. Étienne 1888. — **Barrs.** Ein Fall von Hauthelasma multiplex. Lancet, London 1888. — **Dunn** T. D. Zwei Fälle von Glanzhaut (glossy skin), nach Nervenverletzung entstanden. Med. News. Philadelphia 1888. — **Goldschmidt** D. Sklerodermie und symmetrische Gangrän. Mém. Soc. de méd. de Strasbourg 1888. — **Hawke** J. Ein Fall von Vitiligo. Lancet, London 1888. — **Monocorvo.** Ueber Elephant. arab. Arch. di pathol. infant., Napoli 1888. — **Morvan.** Onyxis maligna, behandelt mit Jodoform. Gaz. hebdom. de méd., Paris 1888. — **Passerini** G. Ueber einen Fall von cutaner Trophoneurose. Giorn. d. r. accad. di med. di Torino 1888. — **Sympson.** Congenitale Nageldeformationen. Lancet, London 1888. — **Toison** et **Lemière.** Melanosis cutis. Journ. de science méd. de Lille. 1888.

Varia.

Deutsche Dermatologische Gesellschaft.

Mit diesem Hefte des Archivs gelangt an die Herren Abonnenten ein Ergänzungsheft des Archivs zur Ausgabe, enthaltend:

Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. Erster Congress, gehalten zu **Prag**, 10.—12. Juni 1889. Im Auftrage der Gesellschaft herausgegeben von

Prof. Dr. F. J. Pick, z. Z. Präsident und

Prof. Dr. A. Neisser, z. Z. Secretär.

Mit 2 Tafeln. (XVI, 369 Seiten.)

Gleichzeitig gelangt eine Separatausgabe dieser Verhandlungen in den Buchhandel, von welcher den Herren **Mitgliedern** der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft je ein Exemplar **gratis** zugesendet werden wird.

Der erste internationale Congress für Dermatologie und Syphilographie, welcher vom 5.—10. August d. J. in Paris abgehalten wurde, nahm einen glänzenden Verlauf. Herr Prof. Kaposi wird über denselben demnächst berichten. Für heute heben wir nur hervor, dass in der letzten Sitzung beschlossen wurde, fortan alle drei Jahre einen internationalen Congress zu veranstalten. **Als Sitz des nächsten im Jahre 1892 abzuhaltenden Congresses** wurden Hamburg von Herrn Unna, London von Herrn Malcolm Morris und Wien von Herrn Schwimmer vorgeschlagen. Nachdem Herr Unna seinen Vorschlag zu Gunsten Londons zurückgezogen hatte, **wurde** bei der darauf erfolgten Abstimmung **Wien** mit 52 von 90 Stimmen **gewählt.** Auf London fielen 37, auf Hamburg 1 Stimme, Zum Präsidenten des Organisations-Comités wurde Herr Prof. Kaposi

gewählt. Mitglieder des Comités sollen alle Professoren der Dermatologie Oesterreich-Ungarns sein.

X. Internationaler medicinischer Congress, Berlin 1890.

Die von den Herren Virchow, v. Bergmann und Waldeyer auf den 17. September d. J. nach Heidelberg einberufene Versammlung der Delegirten der deutschen medicinischen Facultäten und Vereine, an welcher sich 45 Abgeordnete betheiligten, hat folgende Persönlichkeiten zu Mitgliedern des Organisations-Comités gewählt: Virchow, Vorsitzender, v. Bergmann, Leyden, Waldeyer, stellvertretende Vorsitzende, Lassar, Generalsecretär. Letzterem wurde für seine Hingebung und sein an den Tag gelegtes besonderes Geschick Seitens des Vorsitzenden der Dank ausgesprochen und seine Wahl zum Generalsecretär per acclamationem vollzogen.

Für jede der 18 Sectionen des Congresses wurde ein besonderes, aus 9 Mitgliedern bestehendes, vorbereitendes Comité gewählt, dessen geschäftsführendes Mitglied seinen Wohnsitz in Berlin hat.

Das Comité der (13.) Section für Dermatologie und Syphilographie besteht aus dem Herrn **Lassar** — Berlin, als Geschäftsführer und den Herren Caspary — Königsberg, Doutrelepont — Bonn, Köbner — Berlin, Lesser — Leipzig, Lewin — Berlin, Neisser — Breslau, Unna — Hamburg, Wolff — Strassburg.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien. — 221689

Originalabhandlungen.

Zoster femoralis im Anschluss an eine intramusculäre Salicylquecksilber-Injection.

(Nach einer auf der Heidelberger Naturforscherversammlung gemachten Mittheilung.)

Von

Dr. Karl Touton in Wiesbaden.

Meine Herren! In der letzten Zeit mehren sich die Mittheilungen über leichtere und schwerere Complicationen bei subcutanen und intramusculären Quecksilberinjectionen, besonders derer mit unlöslichen Salzen.

Neben den giftigen Allgemeinwirkungen — Quecksilbererythemen, Stomatitis, Salivation, Ulcerationen der Mundhöhle, Dysenteria mercurialis mit gutem und schlechtem Ausgange — sind in einzelnen Fällen mehr die localen, mechanisch-chemischen Wirkungen — schmerzhafte Infiltrate und Abscesse — sowie die mechanischen Effecte in entfernten Körpertheilen — Lungenarterienembolien mit Infarctbildung — in den Vordergrund getreten.

Eine, wie ich glaube, bis jetzt noch nicht erwähnte Folgeerscheinung beobachtete ich im Anschluss an eine intramusculäre Salicylquecksilberinjection.

Ein 29jähriger, sehr gesund aussehender, wohlgenährter, im Herbst 1887 mit Lues inficirter Kaufmann machte in Wiesbaden unter meiner Leitung eine Sicherheitscur ohne momentan vorhandene Erscheinungen durch. Aus gewissen Gründen entschloss ich mich entgegen meiner sonstigen Gepflogenheit zu Injectionen und zwar mit Salicylquecksilber, von denen je eine am 10., 15., 20., 25. und 29. Juli d. J. in die Musculatur des Gesässes ge-

macht wurde. Mischung, Stärke und Technik schlossen sich genau an Neisser's Vorschrift an. Von der 1., 2., 4. und 5. Injection ist nichts zu berichten, als dass sie Infiltrate von wechselnder Grösse mit verschieden starkem Schmerz, welcher 2—3 Tage anhielt, verursachten.

Die dritte Injection wurde am Vormittag des 20. Juli links gemacht. Die Einstichstelle lag — mit dem Bandmass über die Rundung des Gesässes gemessen — 15 Ctm. nach rückwärts und 8 Ctm. tiefer als die Spitze des Trochanter major. Am Nachmittag bemerkte Patient eine lähmungsartige Schwäche in der linken Gesässmusculatur, ferner einen drückenden und stechenden Schmerz in der Gegend. Derselbe zog sich schräg nach oben gegen das Kreuzbein und die unteren Lendenwirbel und schnitt genau in der Mittellinie ab, wovon sich Patient wiederholt durch Druck überzeugte, ein Umstand, der ihm selbst sehr auffallend war. Am 22. Juli war dieser Schmerz geschwunden.

Am 21. Juli Abends trat vorne und aussen am linken Oberschenkel ein leicht juckender Ausschlag auf, der bis zum 25. Juli, wo ich ihn zuerst sah, bereits etwas zurückgegangen sein soll. An diesem Tage war in der Tiefe der linksseitigen Glutäalmusculatur ein schwaches, nicht scharf begrenztes, schmerzloses Infiltrat fühlbar. Vorne und aussen am linken Oberschenkel, 17 Ctm. unterhalb der Spina ant. sup. beginnend, präsentirte sich eine im Ganzen 6 Ctm. lange, 4 Ctm. breite, mit dem grössten Längsdurchmesser etwas schräg von aussen oben hinten nach innen unten vorne gerichtete Gruppe lebhaft rother, derber Knötchen, von denen einzelne sich wieder zu kleineren, dichteren Gruppen vereinigten. Solche Gruppen liessen sich, wie Sie auf dieser Skizze sehen, etwa drei unterscheiden. Unter gleichgrosse, ungefähr halbhanfkorngrosse Efflorescenzen waren kleinere, nur stecknadelkopfgrosse gemischt. Bläschen waren keine vorhanden. Am 27. Juli dasselbe Bild, am 29. Juli waren einzelne Knötchen etwas flacher. Ueber der ganzen Gruppe finden sich jetzt zwei kleine, blassblaue Sugillationen. An demselben Tage reiste Patient nach Beendigung seiner Cur ab, ohne bis jetzt seinem Versprechen, über die vollständige Abheilung zu berichten, nachgekommen zu sein.

Die Diagnose eines Zoster femoralis abortivus war hier

unzweifelhaft, der Zusammenhang mit der, ganz eigenthümliche, aufsteigende, in der Mittellinie scharf abschneidende Schmerzen verursachenden Injection nicht wohl von der Hand zu weisen.

Es wird sich nur die Frage erheben, ob wir es mit einem durch directes Trauma eines kleineren peripheren Nerven entstandenen Zoster oder mit einem reflectorischen Zoster traumaticus zu thun hatten.

Die Stelle, wo der Zoster sass, fällt deutlich in das Gebiet des dem Plexus lumbalis entstammenden Nervus cutaneus femoris lateralis. Die Injectionsstelle lag wohl kaum mehr im Gebiete des ebenfalls dem Plexus lumb. angehörenden Nervus ileo-hypogastricus, dessen Ramus iliacus sich allerdings in der Haut der äusseren Gesässpartien verliert, sondern vielmehr in dem des dem Plexus sacralis angehörenden Nerv. cut. fem. posterior respective in dem der Gesässmuskelnerven. Vollständig ausschliessen lässt sich ein directes Trauma des das Zostergebiet versorgenden Nerven nicht, da sich ja durch die mühsamen Präparationen von Voigt gezeigt hat, wie häufig die peripheren Verästelungsgebiete benachbarter Hautnerven ineinander greifen. Andererseits findet aber die Annahme eines reflectorischen Zoster eine Stütze in den von der Injectionsstelle bis zur Mitte des Kreuzbeines aufsteigenden Schmerzen, welche dem Ausbruch des Zoster vorausgingen. Ich erinnere hier an den von Jewel beobachteten Zoster cruralis bei einer schweren Uteruserkrankung, welcher sich sammt den intensiven Neuralgien mit Nachlass der Genitalaffection zurückbildete und vom Autor als Reflexzoster aufgefasst wurde. Diese Annahme ist in unserem Falle um so berechtigter, als die primäre Läsion und der Zoster zwei Nervengebieten angehören, deren Plexus durch die weitgehendsten Communicationen zusammenhängen.

Fussgangrän in Folge von Syphilis.

(Vortrag mit Demonstration, gehalten in der Section für innere Medicin der Versammlung der Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg am 20. Sept. 1889.)

Von

Dr. **Schuster** in Aachen.

Im Juni dieses Jahres wurde mir ein kräftig gebauter, gut genährter, 37 Jahre alter Kranker mit trockenem Brande der ganzen grossen, zweiten und dritten Zehe des rechten Fusses zugeschickt, der vor mehreren Jahren Syphilis überstanden hatte, dessen Arzt, Herr Dr. v. Watraszewski, wegen Blasengeräusches an der rechten Arteria femoralis, die Diagnose auf Arteriosklerosis stellte, und bei dem eine bereits durchgeführte Inunctionscur den Brand anscheinend zum Stillstande gebracht habe.

Die genannten Zehen waren kohlschwarz, mumificirt, todt; hinter der grossen Zehe bildete sich eine Demarcationslinie; die vierte und fünfte Zehe empfanden noch Nadelstiche; sie, sowie der ganze Fuss, fühlten sich kühl an, waren wie eingeschrumpft. Auf dem Fussrücken und der Sohle waren mehr weniger grosse, violette Flecke. Weder die Pulsation der Arteria tibialis postica, noch die der Poplitea waren zu fühlen, wohl die der Arteria femoralis.

Nun fühlt man zwar auch beim gesunden Menschen sehr schwer oder gar nicht die Pulsation der Poplitea, zuweilen auch die der Postica schwach; letztere war aber hier nie zu finden, trotz wiederholter Versuche.

Der linke Fuss war auch im Zustande der localen Synkope, kühl, hatte Gefühl der Taubheit, wie der rechte. Auch hier war die Arteria tibialis postica pulslos. Vor Ausbruch der Gangrän hatte Patient 3 Monate lang heftige Schmerzen in beiden Füssen, die auch, trotz beständigen Jodkaligebrauches, für den rechten

Fuss auch jetzt noch andauerten. Seitens des Nervensystems waren keine weiteren Störungen nachzuweisen. Das Herz war frei, die Herzthätigkeit beschleunigt, kein Fieber, guter Appetit, Schlaf von Schmerzanfällen unterbrochen.

Nirgendwo waren syphilitische Residuen nachzuweisen. Als Ursache der Gangrän nahm ich auch eine specifische Erkrankung des Arteriensystems, insbesondere der Fussarterien an, und zwar aus folgenden Gründen:

Diabetes mellitus, bei dem zuweilen nach kleinsten Fussverletzungen fortschreitende Gangrän eintritt, war nicht vorhanden; die wiederholte Untersuchung des Harnes erwies denselben als frei von Zucker.

Die bedenkliche Beschaffenheit auch des linken Fusses liess an symmetrische Gangrän denken, wie sie nach dem Vorgange Raynaud's nicht allein für die Cutis der Finger- und Zehenspitzen und anderer Theile als Folge von Nervenerkrankung, sondern in neuester Zeit auch bis zum Verluste des Fusses beschrieben worden sind. So beschreibt Affleck 1888 im Brit. Med. Journ. einen Fall von symmetrischer totaler Gangrän der Zehen in Folge Kälte-Einwirkung bei einem 16jährigen Mädchen. In dem amputirten Fusse waren die Arterien frei, dagegen waren die Nervenbündel des Nervus plantaris fettig entartet. Ich lasse die hierher gehörige Abbildung herumgehen.

Die symmetrische Gangrän, wenn ihr auch längere Zeit Synkope der befallenen Theile als Ausdruck verminderten Arterienlumens, respective Asphyxie als Ausdruck venöser Stauung vorhergeht, zeichnet sich durch ihr fast gleichzeitiges Auftreten aus und betrifft meist jugendliche Individuen.

Von einer Gangrän in Folge von Lepra nervorum, die auf dem letzten Chirurgencongresse von Bramann demonstrirt und von Bergmann — Riga erläutert wurde, konnte in meinem Falle abgesehen werden; dagegen sprachen schon die geringen peripheren Nervenstörungen.

Es fehlte in meinem Falle jeglicher Anhalt einer Rückenmarkserkrankung.

Das von Watraszewski constatirte Blasengeräusch der Arteria femoralis, die Pulslosigkeit der beiden Tibiales posticae wiesen daher im Vereine mit der früher bestandenen Syphilis auf

eine ausgedehnte luetische Erkrankung der Arterien, insbesondere der Fussarterien hin.

Eine combinirte, specifische fünfwöchentliche Cur brachte keine Besserung; die Schmerzanfälle wurden grösser, die vierte und fünfte Zehe wurden brandig, die violette Färbung der Planta dehnte sich aus, der Kranke verlangte täglich mehr die Amputation. Dieselbe wurde im unteren Drittel des Unterschenkels vom Chirurgen des städtischen Hospitales Herrn Dr. Krabbel vorgenommen.

Ominöser Weise spritzten die durchschnittenen Arterien nicht, das Blut floss etwas stärker als bei einer durchschnittenen Vene aus. Die Amputationswunde wurde brandig und zeigt erst jetzt nach siebenwöchentlichem leicht fieberhaftem Verlaufe Tendenz zu gesunden Granulationen, während am linken Fusse der erwähnte Zustand der Synkope mit Pulslosigkeit der Arteria tibialis postica fortdauert.

Bei der alsbald nach Beendigung der Operation vorgenommenen Untersuchung des Fusses erschien das Lumen der Arteria tibialis antica frei, dagegen sitzen in der Arteria tibialis postica, anscheinend von der Intima ausgehend und frei ins Lumen hineinragend in geringer Entfernung von einander zwei linsengrosse Gummata, ausserdem erschienen an einzelnen Stellen die Arterienwandungen verdickt.

Ich erlaube mir, das mitgebrachte Fusspräparat vorzuzeigen.

Man darf wohl annehmen, dass die Gummata das Hemmniss der Blutzufuhr zu den Zehen abgaben, welches durch die mangelnde Contractionsfähigkeit des Arteriensystems noch gefördert wurde.

Ich habe mich in der hierher gehörigen Literatur nach ähnlichen Fällen umgesehen und fand nur einen aus dem Jahre 1855 von Giovanni erwähnten Fall von symmetrischer, nicht gleichzeitig entstandener Gangrän der Finger und der Zehen bei einem 59jährigen, früher syphilitisch gewesenen Patienten, der aber auch Schwellungen der Lymphdrüsen, der Leber und Milz darbot.

Bristowe fand bei einem an Parese der rechten Extremitäten und Aphasie leidenden früher syphilitischen (Arch. f. Derm. u. Syph. 1877) 42jährigen Manne an beiden Armen totalen Mangel

des Arterienpulses, ohne Ernährungsstörung oder Temperaturverminderung der Extremitäten.

Max Zeissl erwähnt eines 31jährigen syphilitischen Patienten, der im Sulcus bicipitalis internus eine 8 Ctm. lange, dem Verlaufe der Arteria brachialis entsprechende Geschwulst mit schwacher Pulsation darbot, die innerhalb 5 Monaten verschwand unter Obliteration der Arteria brachialis und Bildung eines Collateralkreislaufes.

B. v. Langenbeck erwähnt einer Gummigeschwulst im Bereiche der Arteria brachialis, die zur Heilung kam. (Arch. f. klin. Chir., Bd. XXVI.)

E. Lang beschreibt eine syphilitische Arteriitis bei einem 33jährigen Manne, der aber auch an anderen Stellen gummöse Processe hatte, und dessen Popliteageschwulst deutlich pulsirte; sie wurde ebenfalls, wie die erwähnten, durch Jodkali innerlich und örtliche Anwendung des Emplastrum hydrargyri wesentlich gebessert.

Der von mir erwähnte, mit Gangrän endende Fall zeichnet sich jedoch dadurch von den bis jetzt bekannt gewordenen aus, dass nirgendwo eine sonstige Andeutung der Syphilis auffindbar und nur eine Veränderung in der Function der Arterien nachweisbar war. Aus diesem Grunde hielt ich denselben der Mittheilung an dieser Stelle werth, als Beitrag zur Entstehung der Gangrän der Extremitäten.

Nachtrag: Durch fortgesetzte Jodkalibehandlung und entsprechende diätetische und Wundbehandlung sieht am 5. October die Amputationswunde gut aus und wird sich voraussichtlich nach Abstossung de todten Knochenstumpfes schliessen. Insbesondere hat der linke Fuss seine natürliche Wärme und Färbung wieder erhalten; dagegen ist die Pulsation der Arteria tibialis postica noch nicht fühlbar.

Am 22. November ist auch der weitere Verlauf ein günstiger; die Abstossung des Knochens im Gange.

Arbeiten aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten und Syphilis des Prof. Neisser zu Breslau.[1])

LII.

Ueber die Ausscheidungsgrösse des Quecksilbers bei den verschiedenen Arten seiner Anwendung.

Von

Dr. Rudolf Winternitz.

1. Verfahren.

Die Begründung unseres Strebens, die bisher kaum berücksichtigten quantitativen Verhältnisse bei der Aufnahme und Ausscheidung des Quecksilbers zu verfolgen, erscheint durch mehrere Lücken unserer pharmakologischen und specialfachlichen Kenntnisse gegeben. Wir wissen nämlich über die Quecksilbermenge, durch deren Resorption die verschiedenen Grade der Wirkung eintreten, nur wenig, wir haben blos Vermuthungen über die Bedeutung, die die Ausscheidungsverhältnisse für das Eintreten von Intoxicationszuständen besitzen; vom specialfachlichen Standpunkte ist es geboten, dass wir uns über die Zweckmässigkeit unserer

[1]) Der methodische Theil der Arbeit, auf Anregung des Herrn Prof. Hofmeister in Prag entstanden, wurde mit den entsprechenden Belegen im Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. 1889 veröffentlicht; durch das lebhafte Interesse, das Herr Prof. Neisser der Untersuchung entgegenbrachte, mehrfache Anregungen von seiner Seite und das reiche Material, dass er mir mit der grössten Liberalität während meines Breslauer Aufenthaltes zur Verfügung stellte, war es mir ermöglicht, die an den Prager Kliniken (der Herren Prof. Pick, Kahler, Gussenbauer, Přibram) gemachten Beobachtungen zu erweitern. Im Interesse des Verständnisses wird Methodisches und Resultate der ersten Mittheilung mit der nöthigen Kürze auszugsweise mitgetheilt.

nach Art und Ausführung so verschiedenartigen Massnahmen, Quecksilber in den Organismus einzuführen, in objectiver Weise verständigen, um hierauf die Frage lösen zu können, ob die Heilwirkung (z. B. auf die Syphilis) der Menge des aufgesaugten Stoffes parallel läuft.

Kaum eine der gebräuchlichen Anwendungsarten des Quecksilbers, die man bezüglich ihres Heilwerthes so vielfach erörtert, erhoben oder verurtheilt hat, erfreut sich einer diesbezüglichen Klarheit des Verständnisses.

Vor nicht langer Zeit wurde gegenüber der in den besten Lehrbüchern der Pharmakologie gangbaren Anschauung von der zumeist localen Darmwirkung des als schwerlöslich angesehenen Calomels gezeigt,[2]) dass die Resorption auch nach einmaligen grossen Dosen dieses Mittels eine beträchtliche sei; die uralte Inunctionscur gestattet bei der enormen Menge des aufgewendeten Stoffes höchstens den Schluss auf eine sehr geringe Resorptionsmöglichkeit, was durch einen Vergleich mit den kleinen Quecksilbermengen des Injectionsverfahrens, die dieselben allgemeinen und therapeutischen Wirkungen bieten, noch deutlicher wird. Und diese letzte Anwendungsart, die Injectionsmethode, als die einzige, die von quantitativen Gesichtspunkten geleitet ist, gewährt blos bei Benützung der löslichen Salze eine fast absolute Genauigkeit, — auch diese nur bezüglich der eingeführten, nicht der zu einer bestimmten Zeit in den Körpergeweben vorhandenen Mengen; — dass betreffs der sogenannt unlöslichen Verbindungen[3]) eine Correctur der Anschauungen von deren Löslichkeit nöthig ist, unterliegt nach dem Vorkommen mehr minder schwerer auch schwerster Vergiftungserscheinungen, die bisher noch die Kehrseite der vorzüglichen Heilwirkungen bilden, keinem Zweifel.

Die Bemühungen, qualitativen Nachweisen des Quecksilbers in den Secreten durch eine Abschätzung ihrer Stärke quantitative Vorstellungen zu entnehmen, die von mehreren Untersuchern[4])

---

[2]) Wolff und Nega. Deutsche med. Wochenschr. 1885.

[3]) Auf die Ungenauigkeit der Dosirung und die Verluste bei der Injection von Calomelmischungen haben Neisser, Kopp und Chotzen sowie Welander aufmerksam gemacht.

[4]) Nega, Michailovski, Souchov, Welander, Landsberg. Diesem Bedürfnisse nach quantitativen Bestimmungen hat Neisser in seinem Referate über die Therapie der Syphilis auf dem V. Congresse für

angestrebt wurden, sind häufig sehr grossen Täuschungen unterworfen und geben im besten Falle ein Verhältnissbild, aber keines der wirklichen Grössen.

Die einzig befriedigende Lösung der Frage liegt in der mit der Wage oder einem sonstigen objectiven Hilfsmittel ausgeführten Bestimmung des Quecksilbergehaltes, den der Körper in verschiedenen Zeiten nach der Einführung bestimmter Mittel oder bei den wechselnden Graden der Hg-Wirkung hat.

Da wir wegen gewisser, noch nicht behobener Schwierigkeiten von dieser directen, auch nur am Thierkörper[5]) möglichen Lösung unserer Aufgabe abstehen mussten, so haben wir uns mit dem für den Menschen[6]) bisher fast allein möglichen Verfahren begnügt, aus den in den Secreten, und zwar im Harne enthaltenen Quecksilbermengen einen Rückschluss auf die Grösse der Resorption zu ziehen.

Die bisherigen qualitativen Versuche[7]) haben es bei ihrer durch die fortgesetzte Arbeit Vieler erreichten Schärfe[8]) ermöglicht, minimale Quecksilberspuren sehr bald nach jeder beliebigen Einverleibung und eine äusserst lange Zeit nachher in allen

---

innere Medicin 1886 beredten Ausdruck gegeben; auf Seite 29 (Separatabdruck) heisst es: „Auf eine quantitative Vergleichung der bei den verschiedenen Behandlungsmethoden sich ergebenden Hg-Befunde können wir aber umsoweniger verzichten, als bei den heutigen Methoden wir schon die minimalste Menge Hg im Urin oder den Fäces nachzuweisen vermögen, und dadurch z. B. bei der Frage, wann nach Beginn der Cur Hg im Urin erscheint, trotz aller Differenz der Curmittel einen fast gleichartigen Befund erhalten. Das Quantum des Hg-Gehaltes ist thatsächlich nicht einmal zu schätzen etc. . . .“

[5]) S. Riederer's (Neues Repert. f. Pharmacie, Bd. 17. S. 275) combinirtes Verfahren; erst in jüngster Zeit scheint es Ludwig mit Hilfe einer vereinfachten Zerstörung organischer Substanz gelungen zu sein, auch aus thierischen Geweben das Hg möglichst vollständig abzuscheiden. — Siehe das Referat in Nr. 9 der Monatsh. f. prakt. Derm. 1889.

[6]) Schneider, Kussmaul und Gorup-Besanez wiesen das Hg in den Organtheilen von Personen, die medicamentös oder gewerblich Hg aufgenommen hatten, noch 6 Monate später nach.

[7]) Wir nennen als die wichtigsten die von Schneider, Ludwig, Mayer Almén, Witz und deren Modificationen von Fürbringer, Lehmann, Schridde, Wolff und Nega.

[8]) Weniger als 0·1 Mgr. in 1000 Gr. Flüssigkeit; die meist am Harne gewonnenen Resultate sind folgende: Die Ausscheidung beginnt binnen wenigen Stunden nach hypodermatischer Application löslicher Hg-Salze (Welander, Borowski), innerhalb 1—2 Tagen nach der ersten Inunction, der ersten Einspritzung eines unlöslichen Hg-Salzes oder der

Secreten nachzuweisen; für eine quantitative Bestimmung so klein angenommener Mengen, die in kleineren Quantitäten nativen Harns enthalten sein können, erschienen sie und die bereits unternommenen quantitativen Verfahrungsweisen entweder zu ungenau und noch nicht genug controlirt, oder für die nothwendigen Reihenuntersuchungen zu complicirt.

Das von mir benützte Verfahren ermöglicht eine vollkommene Abscheidung des Quecksilbers und schliesst die hiebei in Frage kommenden Verlustquellen aus.

Da es bereits am genannten Orte beschrieben ist, führe ich nur Folgendes zur Orientirung an. Der 10procentig (mit Salzsäure) bald nach der Entleerung angesäuerte Harn wird nach zweitägigem Stehen durch Filtration von der Harnsäure befreit und passirt in langsamstem, durch Hähne regulirtem Strome mehrere 30 Ctm. lange, 6 Mm. breite Glasröhren, die mit Kupfernetzrollen gleichmässig und dicht gefüllt sind, wobei durch den innigen, langdauernden Contact der Flüssigkeit mit einer äusserst grossen Metallfläche eine vollständige Abscheidung des Quecksilbers durch Amalgamirung stattfindet. Nach zweimaligem Filtriren und Wasserspülung werden die mit den Kupfernetzen gefüllten Röhren die sogenannten Amalgamirungsröhren, an der Luftpumpe getrocknet und hierauf im Kohlensäurestrome, der die Bildung von Quecksilberoxyd verhütet, in einer etwas modificirten Verbrennungsröhre ausgeglüht. Das entweichende Quecksilber schlägt sich in der aus dem Ofen ragenden Vorlage, die eine (nicht capilläre) Verjüngung der Verbrennungsröhre darstellt, nieder und wird durch den Gewichtsverlust, den die abgesprengte und nach allen Regeln getrocknete Vorlage durch ein nochmaliges Ausglühen erleidet, bestimmt.

Nach Behebung aller störenden Einflüsse (Jodide, Verunreinigungen) gestattete die Methode, kleinste Quecksilbermengen sowohl in Form des Metalls, als in der von Salzen — letztere im Wasser oder Harne gelöst — bis auf die vierte Decimale zu bestimmen (siehe die Belege) und so konnte an die diesbezügliche Untersuchung 1—3tägiger Harnportionen mit sicherer Aussicht auf Erfolg gegangen werden. Gegenüber den anfänglich erhaltenen, in der ersten Arbeit gegebenen Zahlen zeichnen sich die späteren an der Neisser'schen Klinik gewonnenen Ziffern durch eine wahrhaft überraschende Grösse aus.

---

ersten internen Verabreichung (Nega, Welander, Michailovski), sie findet nach der Meinung einiger Autoren (Schneider, Vajda, und Paschkis, Oberländer) mit Intermissionen, nach den Befunden anderer (Landsberg, Nega, Schuster, Welander, Michailovski, Souchov) constant während der Hg-Cur und in der sogenannten Remanenz statt.

2. Quecksilberbestimmungen.

Meine bisherigen Untersuchungen betreffen die drei jetzt häufigsten Applicationsweisen des Quecksilbers, die epidermatische, die interne und die hypodermatische.

Die Zahl der untersuchten Fälle war wegen äusserer Umstände für die einzelnen Einverleibungsarten nicht gleich, trotzdem scheinen die später zu ziehenden Schlüsse mit Rücksicht auf die zu Tage getretenen prägnanten Unterschiede giltig zu sein.

A. Epidermatische Application.

Es wurden bloss Harne nach Inunction mit grauer Salbe (mit Ung. simpl., lanolin., mollinat.) und nach Anwendung von grauem Pflaster (amerikanischem und Unna'schem) untersucht; in einem Falle einer recht heftigen Intoxication, die nach irrthümlicher Waschung einer eczematös erkrankten Hautpartie mit Sublimatalkohol aufgetreten, prüfte ich die Fäces.

Die Durchschnittswerthe[9]) nach Inunctionen — mit täglich 4 Gr. grauer Salbe, in 6tägigem Turnus, Kliniken der Prof. Pick und Přibram, — waren folgende.

Im Liter Harn wurde

nach	6 Einreibungen	0·0001	Quecksilber
„	12 „	0·00055	„
„	18 „	0·00049	„
„	21 „	0·001	„

gefunden; die zuerst angeführte Zahl — nach 6 Einreibungen — stellt obzwar aus Mengen von 2 und 3 Litern gewonnen eine an der Grenze der Wägbarkeit befindliche Grösse dar.

In der nachstehenden Tabelle sind Werthe nach Pflasterapplication — Klinik des Prof. Neisser — verzeichnet.

[9]) aus den in der ersten Mittheilung veröffentlichten Zahlen gezogen: meine Zahlen dürften der unteren Grenze und dem Mittelwerthe der bei Inunctionen erhaltbaren Ausscheidungsgrösse entsprechen, da bei Auswahl der Patienten namentlich auf eine möglichst unveränderte Hautdecke geachtet wurde; ob bei pathologisch veränderter Haut (papulöse Exantheme, Exfoliation, Ulceration) die Aufnahme und Ausscheidung nicht grösser sind, wie das sehr wahrscheinlich ist, wäre zu untersuchen.

Tabelle

Zahl der Versuche und der Kranken	Präparat	Grösse der bedeckten Stellen	Zeitpunkt der Untersuchung	Unter-suchte Menge
V. F. J. N. 587	Amerikanisches Quecksilber-pflaster	—	5. und 6. Tag der Application	4020
VI. dto.	dto.	—	13., 14., 15. Tag	5660
VII. R. J. N. 727	dto.	Unter- und Oberschenkel	7. und 8. Tag	4150
VIII. dto.	dto.	dto.	14. und 15. Tag (1½ Tage)	3540
IX. V. A.	Hg-Guttapercha-pflastermull (Unna)	Die ganzen oberen u. unteren Extremitäten	12., 13., 14. Tag	3950
X. dto.	dto.	dto.	13. und 14. Tag nach der zweiten Application	3150

A.

Gefundene Quecksilbermenge		Bemerkungen
die ganze	für den Tag	
0·0009 0·0004	0·00045 0·00013	Aufgenommen 12. December 1888, entlassen 5. Jänner 1889. Lues gummosa; an den Unterschenkeln 4 Geschwüre von 1—3 Ctm. Länge und 1—2 Ctm. Breite. 14. December werden die Geschwüre und ihre geröthete infiltrirte Umgebung mit amerikanischem grauem Pflaster bedeckt und seither so behandelt. 18., 19. December 1. Untersuchung. 20. December zum Theil überhäutet. 27. December. Ueberhäutung vollendet. 25., 26., 27. December 2. Untersuchung.
0·0004 0·0017	0·0002 0·0011	Aufgenommen 10. December, entlassen 29. December 1888. Prurigo mit typischen pachydermatischen Veränderungen, zahlreichen Knötchen und Kratzaffecten. 13. December Bedeckung mit grauem Pflaster. 19., 20. December 1. Untersuchung; Haut zarter. 23. December diffuse Röthung der Oberschenkel. 27., 29. December 2. Untersuchung ($1\frac{1}{2}$ Tagesportionen).
0·007 0·0035	0·0023 0·0011	Aufgenommen 2. Jänner 1889. Syphil. cut. papul. Reichl. Papeln an Genital und After; Adenit.; am ganzen Körper sehr verbreitete, tiefbraune Papeln, die schuppen, stellenweise erodirt oder exulcerirt sind, besonders reichlich an den Innenseiten der Extremitäten, am Nacken und Abdomen; Plaques, Tonsillargeschwüre. 4. Jänner, Arme und Beine werden vollständig mit grauem Guttaperchapflastermull (3 Packete) Nr. 15 bedeckt und continuirlich verbunden gehalten. 12. Jänner Foetor ex ore. 13. Jänner Verband abgenommen, geringe Hautreizung, Papeln erheblich zurückgegangen, leichte Reizung der Mundschleimhaut; Verband ausgesetzt; Menses; 1. Untersuchung 17.—19. Jänner; 27. Jänner abermaliger Verband bis 12. Februar; 8., 9. Februar 2. Untersuchung.

B. Interne Quecksilberbehandlung.

(Kranke der Kliniken der Prof. Kahler und Neisser.)

Von diesen Fällen, die innerlich Protojoduret, Hydrarg. oxyd. tannic., Sublimat, Calomel und Pillen mit regulinischem Quecksilber (Hydrarg. c. Creta nach Hutchinson, Ung. cin. lanol. nach Lang, Ung. cin. benzoin. nach Neisser) erhielten, wurde

Tabelle

Zahl der Versuche und der Kranken	Medicament	Menge des Medicamentes, bezw. Hg, bis zur Untersuchung verabreicht	Zeitpunkt der Untersuchung	Untersuchte Menge
I. Schm. J. N.	Ung. cin. benz. 9·0, Sacch. lact. q. s. f. pilul. Nr. 180. Von 4 Pillen aufsteigend	28 Pillen = 0·7 Hg	5., 6., 7. Tag	6010 (3tägige Harnmenge)
II. dto.	dto.	81 Pillen = 2·025 Hg	14., 15., 16. Tag	6210 ebenso
III. dto.	dto.	181 Pill. = 4·525 Hg	25., 26., 27. Tag	5590
IV. W. J. N.	Hydrarg. dep. 4·5, Lanolin. 4·5, Sacch. lact. q. s. f. pilul. Nr. 180	60 Pillen = 1·5 Hg	14., 15., 16. Tag	3430
(30) L.	Calomel 0·1—0·15 täglich	0·4—0·6 Calomel = 0·34—0·51 Hg	3., 4., 5. Tag	650
(31) „	dto.	1·4—2·1 Calomel = 1·19—1·8 Hg	13., 14., 15. Tag	1300
(32) „	dto.	2·3—3·4 Calomel = 1·95—2·9 Hg	20., 21., 22., 23., 24. Tag	2400

einer nach Verabreichung von Calomel (in laxirender Dosis) und zwei, die graue Salbenpillen bekamen, durch längere Zeit untersucht. Bei den übrigen, die die oben genannten Mittel blos durch eine Woche einnahmen, begnügte ich mich mit den ansteigend stärker werdenden, qualitativen Nachweisen, von einer Wägung wurde abgesehen.

B.

Gefundene Quecksilbermenge		Bemerkungen
die ganze	für den Tag	
0·0004	?	Sklerosis, Exanthem. mac. papul. Nach vierwöchentlichem Gebrauche der Pillen ist das Exanthem, das zeitweise etwas zurückgetreten, eher noch bedeutender als zu Beginn der Cur; erhält jetzt Injectionen.
0·00065	0·0002	
0·0013	0·0004(3)	
0·00015	?	Papula ad cervicem, Leucoderma; sonst keine floriden Erscheinungen; nach 100 Pillen war die Papel abgeheilt.
0·001	—	7jähriger Knabe mit Cirrhosis hepat. und Ascites; 200—250 Ccm. Harn pro Tag; während der Calomelverabreichung steigt die tägliche Harnmenge auf 500—600 Ccm.
0·0031	0·001	
0·0068	0·0013	

C. Injectionstherapie.

Dieser Reihe gehören die meisten Versuche an, die Schlüsse über die Bedeutung von Verminderung und Vermehrung der Ausscheidung, die Untersuchungen während der Remanenzzeit sind von Fällen mit Injectionen gewonnen. Mit Ausnahme einiger Fälle der Klinik des Prof. Pick gehörten alle der Klinik des Prof. Neisser an. Die Injectionen wurden zumeist in die Glutäalmusculatur gemacht, eine Abscedirung und hiermit ein Verlust an resorbirbarem Quecksilber kam niemals vor.

Untersucht wurden Harne von Patienten, die Sublimatkochsalz, Calomelöl, Calomellanolin oder Salicylquecksilber injicirt erhalten hatten.

a) Sublimatkochsalz

Zahl der Versuche und der Kranken	Zahl der erhaltenen Injectionen, Gehalt an Hg	Zeitpunkt der Untersuchung	Menge der Untersuchten
XXX. Sch., J.-Nr. 649, 1888.	12 à 2 Ccm. = Hg 0·1776	30. Tag nach eingeleiteter Behandlung	1200 (1 Tag)
XXXI. dto.	13 à 2 Ccm. = Hg 0·1924	32. Tag	1570 (ebenso)
XXXII. dto.	18 à 2 Ccm. = Hg 0·2664	46. Tag	2150 (ebenso)
XXXIII. Kr., J.-Nr. 580, 1888.	2 à 3 Ccm. = Hg 0·044	2. Tag	2880 (1 Tag)
XXXIV. dto.	5 à 2 u. 3 Ccm. = Hg 0·103	7. und 8. Tag	2880 (1 Tag)
XXXV. dto.	8 = Hg 0·148	20., 21., 22. Tag	7340
XXXVI. dto.	14 = Hg 0·244	31., 32., 33. und 34. Tag	11.650
XXXVII. dto.	17 = Hg 0·288	38. und 39. Tag	6481 ($2^3/_4$ Tage)

a) Sublimatkochsalz (Lewin, Stern-Müller).

Hydrarg. sublimat. corros. 1·0, Natrii chlorati 10·0, Aqu. destill. 100. 1 Ccm. = 0·01 Subl. = 0·0074 Hg.

Zwei Patienten der Klinik des Prof. Neisser, die eine, eine sehr kräftige, fettreiche Person, ertrug die täglichen Injectionen von je 2 Ccm. der Lösung ohne Schmerzen und locale Infiltrate; der andere, ein 17jähriger, magerer Bursche, hatte mehrmals ziemlich schmerzhafte Schwellungen der Gesässhälften, so dass die Pausen zwischen den Injectionen (von je 2 oder 3 Ccm.) auf zwei bis längstens 6 Tage verlängert werden mussten.

Klinik des Prof. Neisser).

Gefundene Quecksilbermenge		Bemerkungen
die ganze	für den Tag	
0·0011	0·0011	Beginn d. Behandl.: 12. Nov. 1. Inject. à 2 Ccm. = 0·02 Sbl.
		11. December 12 Injectionen à 2 Ccm. = 0·24 Subl.
		27. „ 18 „ „ 2 „ = 0·36 „
		1. Untersuchung 12. December.
0·0016	0·0016	2. „ 14. „
		3. „ 28. „
		Von den Erscheinungen der Lues (Ulcera ad genital.),
0·00145	0·00145	die die Pat. am 24. October geboten, habe ich am
		12. November nichts mehr wahrnehmen können.
0·0005	0·0005	Beginn der Behandlung 11. December; Injection à 2 und 3 Ccm. in 1—6tägiger Folge;
		erhielt 11. December 3 Ccm. (= 0·03 Sublimat),
		bis 13. „ 6 „ (1. Untersuchung),
		„ 18. „ 14 „ (2. „),
0·00195	0·00097	„ 31. „ 20 „ (3. „),
		„ 11. Jänner 33 „ (4. „),
		„ 18. „ 39 „ (5. „).
0·0049	0·0016	Pat. bot beim Eintritt: Papeln ad genit. et anum in bedeutender Ausbildung, Plaques muqueus. an den Lippen und am Rachen, Leucoderma colli, Adenit. univ.
0·0105	0·0026	Therapie: Injectionen, keine Localbehandlung.
		19. December bedeutende Abflachung der Condylome, Plaques sehr gebessert, leichte Gingivitis.
0·0021	0·0006	5. Jänner Papeln ad genital. nur noch durch zurückgebliebene Pigmentirung kenntlich; Plaques geheilt.
		20. Jänner geheilt entlassen (Adenitis nicht völlig geschwunden).

b) Calomelöl, 5procentiges (Neisser, Balzer).

Calomel (per vap. par.) 5·0, Ol. oliv. 100·0 = 115 Ccm.; 1 Ccm. der Emulsion enthält 0·037 Hg.

Fünf Kranke der Klinik des Prof. Pick; jeder erhielt wöchentlich eine Injection à 1 Ccm. obiger Emulsion; einer —

b) Calomelöl

Zahl der Versuche und der Kranken	Zahl der erhaltenen Injectionen, respective Hg-Werth	Zeitpunkt der Untersuchung	Untersuchte Menge
(20) P.-Nr. 6409	1 = 0·037 Hg	nach der Injection 2., 3. Tag	2400
(21) „ 2735	2 = 0·074 „	4., 5. „	1320
(22) „ 4114	3 = 0·101 „	3., 4., 5. „	2970
(23) „ 4114	4 = 0·148 „	3., 4., 5. „	2440
(24) „ 2446	3 = 0·101 „	4., 5. „	2530
25. D.	6 = 0·222 „	1., 2. „	2460

c) Calomellanolin (Lang).

Calomel 3·7, Ol. oliv. 3·6, Lanolin. 2·7 = 10 Gr. = 7·1 Ccm. 1 Injection à 0·25 Ccm. enthält 0·111 Hg.

Sechs Patienten der Klinik des Herrn Prof. Neisser; bei jedesmaliger Injection wurde 0·25 Ccm. obigen Gemisches (Salbenconsistenz), gewöhnlich in wöchentlichen Intervallen, verabfolgt. Häufig ziemliche, locale Schmerzhaftigkeit, auffallend häufig

Fall (24) — zeigte nach der dritten Injection eine mässige Stomatitis.

Da mir nicht die ganzen Tagesmengen zur Verfügung standen, so habe ich blos die im Liter enthaltene Quecksilberquantität berechnet.

(Klinik des Prof. Pick).

Gefundene Quecksilbermenge		Bemerkungen
die ganze	für den Tag	
0·0003	0·00012	—
0·0013	0·0012	—
0·0028	0·00094	—
0·0016	0·00067	—
0·0041	0·0016	Stomatitis mässigen Grades
0·0035	0·0014	—

(gerade während der Zeit meines dortigen Aufenthaltes) stomatitische Reizungserscheinungen. Die Wirkung auf die luetischen Manifestationen sehr prompt.

(Tabelle folgt auf der nächsten Seite.)

c) Calomellanolin

Zahl der Versuche und der Kranken	Zahl der vorangegangenen Injectionen, respective Hg-Werth	Zeitpunkt der Untersuchung	Untersuchte Menge
XI. D., J.-Nr. 724, aufgenommen 8. December 1888, entlassen 7. März 1889.	1 = 0·111 Hg	5. und 6. Tag nach der Injection.	(nicht gemessen)
XII. R., J.-Nr. 708, aufgenommen 30. November 1888, entlassen 11. Februar 1889.	2 = 0·222 Hg	17. und 18. Tag nach der ersten, oder 10. und 11. Tag nach der zweiten Injection.	1260
XIII. G., aufgenommen 5. December, entlassen 29. December 1888.	3 = 0·333 Hg	18., 19., 20. Tag nach der ersten, oder 5.—7. Tag nach der dritten Injection.	2960
XIV. K., J.-Nr. 1015, aufgenommen 22. Jänner 1889, entlassen 9. Februar 1889.	1 = 0·111 Hg	1., 2., 3. Tag nach der ersten Injection.	3280
XV. dto.	2 = 0·222 Hg	6., 7., 8. Tag nach der ersten, oder 1., 2., 3. Tag nach der zweiten Injection.	3440
XVI. dto.	3 = 0·333 Hg	12., 13., 14. Tag nach der ersten, oder 1., 2., 3. Tag nach der dritten Injection.	5530

Klinik des Prof. Neisser).

Gefundene Quecksilbermenge		Bemerkungen
die ganze	für den Tag	
·00325	0·0016	Syphil. condylom., Exanthem. mac.-pap., Adenit. inguin. multiplex; 15. Dec. 1. Injection; 19. Dec. Stomatitis; 20., 21. Dec. 1. Harnuntersuchung. 21. Jänner Papeln an den Genitalien (fast ohne Localbehandlung) und das Exanthem schon seit mindestens einer Woche geschwunden, Drüsen sehr zurückgebildet.
·0024*)	0·0012	*) Verluste bei der Wägung. — Sclerosis, Papul. ad genitalia, Exanthem. mac.-papul., Adenitis. 2. December 1. Injection. 9. „ 2. „ 12. Dec. Stomatitis, die zunehmend heftiger wurde. 19. Dec. sämmtl. Lueserscheinungen im Schwinden. 20., 21. December 1. Harnuntersuchung.
·00645	0·00215	Sclerosis; Papul. am Penis, in den Schenkelfalten, am Anus; Adenit. inguin., Exanthem. mac.-papul. 6. December 1. Injection. 12. „ 2. „ 13. „ Gingivitis. 15. „ Schwinden des Exanthems. 19. „ 3. Injection (26. December noch immer Gingivitis). 24.—27. December Harnuntersuchung.
0·00085	0·00028	Sclerosis exulcerata, Scleradenitis, Exanthema papulos. universale. Seit 22. Jänner Jodkali, zuerst 1 Gr., hierauf vom 23. Jänner an 2 Gr. 24. Jänner 1. Injection. 25., 26., 27. Jänner 1. Harnuntersuchung. 29. Jänner 2. Injection.
0·0025	0·0008	30., 31. Jänner, 1. Februar 2. Harnuntersuchung. 31. Jänner Exanthem noch deutlich, aber blässer, niedriger. 4. Februar leichte Gingivitis, die Papeln schuppen mit Hinterlassung flacher Pigment- und Infiltratreste ab, Appetitlosigkeit, Durchfall, Kopfschmerz.
0·0131	0·0043	5. Februar letztere Erscheinungen geschwunden, 3. Injection. 6. Februar Primäraffect (blos mit Watte gedeckt) überhäutet, weicher. 6., 7., 8. Februar 3. Harnuntersuchung. 9. Februar auf Wunsch entlassen (mit Papelresten).

Zahl der Versuche und der Kranken	Zahl der vorangegangenen Injectionen, respective Hg-Werth	Zeitpunkt der Untersuchung	Untersuchte Menge
XVII. F., J.-Nr. 159, aufgenommen 1. März 1889, entlassen 1. April 1889.	4 = 0·444 Hg	21., 22., 23. Tag nach der ersten, oder 3., 4., 5. Tag nach der vierten Injection.	7480
XVIII. L., J.-Nr. 608, aufgenommen 30. October 1888, entlassen 8. Februar 1889.	3 Calomellanolin- und 1 Salicylquecksilber-Injection, zusammen an Hg = 0·382.	28., 29., 30. Tag nach der ersten, oder 5., 6., 7. Tag nach der vierten Injection.	3640

d) Salicylquecksilber.

Hydrarg. salicylic. 1·0, Paraffin. liquid. 9·0 (Neisser. Siehe die Publication von Jadassohn-Zeising). 10 Gr. der Lösung = 12 Ccm.; 1 Ccm. = 0·049 Hg.

Fünf Kranke der Klinik des Prof. Neisser; die Patienten erhielten 1 Ccm. der obigen Mischung in je 5 Tagen injicirt. Local äusserst geringe Erscheinungen; die Wirkung auf die luetischen Herde äusserst günstig. Zur Untersuchung wurden mit Absicht (ebenso wie bei Calomellanolin) auch Fälle gewählt, die

Gefundene Quecksilbermenge		Bemerkungen
die ganze	für den Tag	
0·0255	0·0085	Sclerosis, Exanthem. mac.-papul., Adenit., Defluv. capill., Foetor ex ore (sehr schlechte Zähne), sehr verbreitetes maculöses Exanthem, Papul. ad anum; täglich 2 Gr. Jodkali. 2. März 1. Injection. 9. „ 2. „ Exanthem im Schwinden. 14. „ 3. „ Gingivitis. 18. März Foetor ex ore, mässige Gingivitis, Exanthem geschwunden, Adenitis sehr rückgebildet. 20. März 4. Injection. 23., 24., 25. März Harnuntersuchung. 24. März Zahnschmerzen und ein Zahngeschwür in drei Tagen schwindend.
0·0067*)	0·0022	*) Kleiner (?) Verlust bei der Operation. Exanthem. mac.-papul., Papul. ad genit., Adenitis inguin. utr. 1. November beiderseitige Auslösung der Drüsen. 12. December 1. Injection. 20. December Exanthem abgeblasst, Papeln ad genital. geschwunden, 27. December fast geschwunden. 29. December 3. Injection. 31. December leichte Stomatitis. 4. Jänner 1. Injection mit Hg. salicyl. 8. Jänner Beginn einer sehr vehementen Stomatitis. 9., 10., 11. Jänner 1. Harnuntersuchung.

mehr oder minder starke Zahnfleischreizungen hatten. Stomatitiden schweren Grades habe ich in 5 Monaten, während welcher die überwiegende Anzahl der Stationskranken (Lues) mit Salicyl-Quecksilber behandelt wurde, zwei beobachtet.

(Tabelle folgt auf der nächsten Seite.)

d) Salicylquecksilber

Zahl der Versuche und der Kranken	Zahl der vorangegangenen Injectionen, respective Hg-Werth	Zeitpunkt der Untersuchung	Untersuchte Menge
XIX. B., J.-Nr. 738, aufgenommen 13. December 1888, entlassen 16. Jänner 1889.	1 = 0·049 Hg	6. und 7. Tag nach der ersten Injection.	3625
XX. dto.	4 = 0·196 Hg	16., 17., 18. Tag	3226
XXI. dto.	7 = 0·343 Hg	26., 27., 28. Tag	5130
XXII. Kl., J.-Nr. 91, aufgenommen 23. Jänner 1889, entlassen 21. April 1889.	1 = 0·049 Hg	1., 2., 3. Tag	4090
XXIII. dto.	3 = 0·147 Hg	10., 11., 12. Tag	4200
XXIV. B., J.-Nr. 83, aufgenommen 23. Jänner 1889, entlassen 26. März 1889.	1 = 0·049 Hg	1., 2., 3. Tag	3170
XXV. dto.	3 = 0·147 Hg	10., 11., 12. Tag	3490
XXVI. Z., J.-Nr. 179, aufgenommen 9. März 1889, entlassen 1. April 1889.	3 = 0·147 Hg	14., 15., 16. Tag	6210
XXVII. dto.	4 = 0·196 Hg	20., 21., 22. Tag	nicht gemessen

(Klinik des Prof. Neisser).

Gefundene Quecksilbermenge		Bemerkungen
die ganze	für den Tag	
0·0006	0·0003	Papul. mucos. oris, Adenit. inguin., Leucoderm. colli; Pinselung des Rachens mit Bromwasserstoff. 14. December 1. Injection. 19., 20. December 1. Harnuntersuchung. 27. December 4. Injection. 29., 31. December 1888 und 1. Jänner 1889 2. Harnuntersuchung.
0·0188	0·0062	3. Jänner Plaques fast geheilt.
0·010	0·0033	8. Jänner 1. Injection. 8.—11. Jänner 3. Harnuntersuchung.
0·004	0·0013	Papul. ad genital., Scleradenit., Reste eines maculösen Exanthems. 24. Jänner 1. Injection. 25., 26., 27. Jänner 1. Harnuntersuchung. 2. Februar 3. Injection. 3., 4., 5. Februar 2. Harnuntersuchung.
0·025	0·0083	Papeln fast geschwunden (fast ohne Localbehandlung), nach der 4. Injection stomatit. Reizung.
0·0018	0·0006	Papul. ad genital., Papul. mucos. oris, Leucoderm. colli, abnorme Pigmentirungen am Körper. Seit 24. Jänner 3 Gr. Jodkali täglich. 24. Jänner 1. Injection. 25., 27. Jänner 1. Harnuntersuchung. 2. Februar Papeln im Rückgange (keine Localbehandlung).
0·0238	0·0079	2. Februar 3. Injection. 2.—5. Februar 2. Harnuntersuchung; nach der 5. Injection leidet der sehr schwächliche und schon vor dem Eintritte ins Spital sehr herabgekommene Kranke an Enteritis (durch 14 Tage).
0·00375	0·0012(5)	Sclerosis, Polyscleradenitis, Exanthem. mac.-papul. ad scrotum. 10. März 1. Injection. 11. „ Exanthem stärker vortretend. 15. „ leichte Gingivitis. 17. „ 2. Injection } Gingivitis. 22. „ 3. Injection } Gingivitis.
0·0045	0·0015	23., 24., 25. März 1. Harnuntersuchung. 25. März Gingivitis etwas stärker. 28. März 4. Injection (nur ein schlechter Zahn). 29., 30., 31. März 2. Harnuntersuchung. 1. April Exanthem vollständig abgeblasst.

Zahl der Versuche und der Kranken	Zahl der vorangegangenen Injectionen, respective Hg-Werth	Zeitpunkt der Untersuchung	Untersuchte Menge
XXVIII. N., J.-Nr. 176, aufgenommen 7. März 1889, entlassen 1. April 1889.	3 = 0·147 Hg	11., 12., 13. Tag nach der ersten Injection.	4310
XXIX. dto.	4 = 0·196 Hg	16., 17., 18. Tag	4200

3. Ausführungen und Schlüsse.

Da erst eine Untersuchung der übrigen Secrete, namentlich der Fäces und der Organtheile auf Quecksilber das Bild, das die erhaltenen Harnausscheidungszahlen liefern, vervollständigen muss, so erlaube ich mir nur vorläufige, weil blos auf die Harnsecretion und -Prüfung gegründete Schlüsse. Letztere sind im Allgemeinen mit den in der ersten Mittheilung gegebenen gleichlautend. Auch aus den neuen Versuchen geht die Möglichkeit hervor, die Quecksilberausscheidung durch den Harn quantitativ auszudrücken; ihre Abhängigkeit von der Anwendungsform, der Werth letzterer im Allgemeinen und einige Präparate im Besonderen für die Quecksilberaufnahme wird durch die nach oben und unten prägnanter ausgefallenen Zahlen noch deutlicher. Bezüglich der Grösse der Quecksilberausscheidung und einiger hiebei zu berücksichtigenden Umstände können wir heute im Allgemeinen das Folgende anführen. Von den unwägbaren Werthen, die recht geraumen Zeiträumen interner (leicht darmreizender) und epidermatischer Application entsprechen, kann sich die Quecksilberausscheidung im Harn (nach Injectionen) zu der beträchtlichen Höhe von 4 bis 6

Gefundene Quecksilbermenge		Bemerkungen
die ganze	für den Tag	
mehr als im Versuch XXVI; die Probe beim Ausglühen verunglückt.	—	Exanthem. papul. (später Leucoderma), Papul. muc. oris, Adenit. universal. 10. März 1. Injection und täglich 2 Gr. Jodkali. 13. März auffallend rasche Besserung des papul. squam. Syphilid. 14. März 2. Injection, Zahnfleisch gereizt. 19. März 3. Injection.
		20., 21., 22. März 1. Harnuntersuchung. 24. März 4. Injection (mässige Gingivitis).
0·0078(5)	0·0026	25., 26., 27. März 2. Harnuntersuchung. 26. März Gingivitis etwas stärker; blos Pigmentreste. 29. März 5. Injection etc.

(ja bis 8[10]) Mgr. im Tag erheben, Werthen, die also bedeutend höher sein können, als sie in der ersten Untersuchung gefunden wurden, höher als das von Brasse (mit seiner freilich ungenauen Methode) bestimmte Maximum, über welches hinaus die Ausscheidung durch den Harn sistiren und Intoxicationszustände eintreten sollen. Diese Zahlen übersteigen schon die früher aus der Literatur angezogenen Werthe der Ausscheidung anderer Schwermetalle, obzwar wahrscheinlich bei gleichen Bedingungen (gleicher Grösse und Applicationsweise der einzuführenden Stoffe) der Unterschied sich ausgleichen würde.

Da selbst die grössten der gefundenen Ausscheidungsmengen blos Bruchtheile, wenn auch wahrscheinlich die weitaus grösseren der Quecksilberquantitäten sind, die den Körper der betreffenden

[10]) Dass nicht etwa von aussen kommende Verunreinigungen das Resultat beeinflussen, wurde in jedem Falle durch entsprechende Vorsichtsmassregeln zu verhüten gesucht. Deshalb kann ich auch bei mehreren von den Fällen mit hohen und den höchsten Ziffern aufs Bestimmteste aussprechen, dass das im Harne nachgewiesene Quecksilber ausgeschieden wurde. Denn bei diesen Fällen, die ich ebenso wie die anderen täglich sah, um die Harnentleerung zu controliren, war keine örtliche Affection am Genitale vorhanden, die eine Localbehandlung erheischt hätte. Wo letztere (gewöhnlich blos durch 1—2 Tage) stattgefunden hatte, wurde sie ausgesetzt und es wurde erst nach mehreren Tagen, innerhalb derer man das Genitale entsprechend gereinigt hatte, untersucht.

Patienten verlassen daher passirt haben, und da der grössere Theil dieser Kranken, zu dem man die überwiegende Anzahl der mit den untersuchten Mitteln Behandelten zurechnen könnte, ausser mehr oder weniger deutlichen Zeichen von Quecksilberwirkung (Gingivitis, Zahnschmerzen) keine schweren Symptome zeigte, so ist der Schluss gerechtfertigt, dass so grosse Quantitäten, also bei weitem grössere als man gemeinhin annimmt, den Organismus, wenigstens in den späteren Zeiten der Darreichung ohne merkbaren Schaden passiren können.

Die endgiltige Entscheidung dieser Frage wird sich aber doch erst aus einer viel grösseren Beobachtungsreihe ergeben und wird erst bei Einhaltung gewisser experimenteller Gebote, z. B. der Bestimmung des Körpergewichtes für das Verständniss von Intoxicationszuständen klärend sein. Letztere sind in erster Linie von der specifisch verschiedenen Empfindlichkeit und Dignität der einzelnen Gewebstheile, in zweiter Linie und zwar wahrscheinlich in geradem Verhältnisse von der Grösse der zugeführten Mengen und der hiedurch quantitativ beeinflussten Vertheilung in den Organen abhängig.

Die Frage, wie sich beim Eintreten von Intoxicationszuständen die Ausscheidung durch den Harn verhält, ist bisher mit Wahrscheinlichkeit dahin zu beantworten, dass sie relativ oder absolut grosse Zahlen geben wird, falls keine Nierenläsion[11]) vorhanden ist oder durch das Quecksilber entsteht. Es ist zwar erklärlich und auch schon mit Bestimmtheit ausgesprochen worden, dass eine Verminderung der Ausscheidung, respective un-

[11]) In einem Falle schwerer Intoxication, mit mehrtägiger Anurie, der auf die königl. Hautklinik gekommen war, habe ich die Fäces untersucht. Der Zustand war durch irrthümliche Anwendung einer sehr starken alkoholischen Sublimatlösung auf eine eczematöse Partie des behaarten Kopfes entstanden. Cyanose, Puls von 104—132; Anurie, Stomatitis, Tenesmus. Die Stühle des zweiten, dritten (beide dunkelgrün) und vierten Tages wurden untersucht, und zwar die grössere Hälfte des zweiten Tages gesondert, der übrige Theil des zweiten, sammt den ganzen Fäces vom dritten Tage zusammen, die Fäces des vierten Tages gesondert. Die Zerstörung der organischen Substanz geschah in mehr weniger vollständiger Weise durch gelindes Kochen mit $KMnO_4$ und HCl in einer Retorte, die mit Rückflusskühler in Verbindung stand. (Bei etwas stärkerem Erhitzen unter der Retorte erhält man eine völlig klare, weingelbe Lösung.) Hierauf gelindes Erwärmen der auf ein grösseres Volumen gebrachten Rückstände behufs Vertreibung des überschüssigen Chlors, Abstumpfung

genügende Ausscheidung, die einer mercuriellen Nierenläsion entstammt, durch Anhäufung des Quecksilbers auf die Entstehung von Vergiftungserscheinungen, z. B. der Stomatitis hinwirken muss. Dies ist jedoch nur eine Erklärung, die andere liegt in der directen Beeinflussung des betroffenen Organes (z. B. der beim Menschen gegen das Quecksilber ausserordentlich empfindlichen Mundschleimhaut) von dem in einer gewissen Concentration passirenden Stoffe, wobei die Abscheidung des Hg durch die Niere (wahrscheinlich auch durch den Darm) gar nicht verringert ist, ja entsprechend der grösseren Zufuhr vermehrt sein kann.[12])

Im Folgenden sind die Ausscheidungszahlen verzeichnet, die bei Untersuchung von Harnen einiger Personen mit schweren, mindestens einen Monat dauernden Stomatitiden (Stomatitis ulcerosa necrotica) erhalten wurden.

---

der stark sauern Flüssigkeit und Ansäuerung auf etwa 5 Procent; sodann Abscheidung und Bestimmung des Hg nach der beschriebenen Art.

In der ersten Portion wurde gefunden 0·0013 Hg
„ „ zweiten „ „ 0·0024 „
„ „ dritten „ „ „ 0·0025 „

Ob dies die gesammte Hg-Menge gewesen ist, kann nicht entschieden werden, nachdem ich die erwähnte Methode noch nicht genügend controlirt habe, auch lassen sich keine Schlüsse über die Darmsecretion ziehen, nachdem die Darmschleimhaut zur Zeit der Untersuchung jedenfalls auch Veränderungen bot, die die Abscheidung des Quecksilbers beeinflussen können.

[12]) Borowski und Michailowsky, deren Arbeiten mir im Orginale (russisch) nicht zugänglich waren, nehmen einen Parallelismus von Mundaffection und grösstem Quecksilbergehalt des Harnes an; während ich für Injectionen einen ähnlichen Schluss für gestattet halte, wobei ich aber die Angabe einer bestimmten Zahlengrösse der Ausscheidung als zusammenfallend mit Stomatitis, wie dies Borowski thut, als unstatthaft erkläre, kann ich mich bezüglich des Auftretens von Mundaffectionen bei der Inunctionscur gar nicht entscheiden, da ich mehrmals bei Untersuchung von Harnen bei Leuten mit leichten Stomatitiden geringe Zahlen namentlich im Vergleich mit denen nach Injectionen erhielt.

(Tabelle folgt auf der nächsten Seite.)

e) Ausscheidung bei Stomatitis (schwerer Form)

Zahl der Kranken und der Versuche	Präparat	Zahl der vorangegangenen Injectionen, resp. Hg-Werth	Zeitpunkt der Untersuchung	Menge der Unter-suchten
XI. D., J.-Nr. 724.	Calomellanolin (obige Mischung).	1 = 0·111 Hg	5. und 6. Tag nach der Injection.	—
XII. R., J.-Nr. 708.	dto.	2 = 0·222 Hg	17. und 18. Tag nach der ersten, oder 10. und 11. Tag nach der zweiten Injection.	1260
XVIII. L., J.-Nr. 608.	Calomellanolin und Salicyl-quecksilber.	3 = 0·382 Hg	27., 28., 29. Tag nach der ersten, oder 5., 6., 7. Tag nach der vierten Injection.	3640

Diese Zahlen können, obzwar sie vereinzelt sind, doch die Behauptung stützen, dass bei Intoxicationszuständen die Ausscheidung des Quecksilbers durch die Nieren keine geringe ist, so lange letztere gut arbeiten. Die Zahl 0·0016, die am 5., beziehungweise 6. Tag nach der ersten Calomelinjection erhalten wurde, ist gewiss gross, die beiden anderen Zahlen, die durch Operationsfehler zu klein ausgefallen sind, gehören jedenfalls nicht zu den kleinen. Ausser bei diesen Fällen wurde noch eine schwere Stomatitis bei einer vierten Patientin beobachtet, die sieben Salicylquecksilberinjectionen in viel rascherer Aufeinanderfolge als andere Kranke bekommen hatte, und von sonstigen Intoxicationssymptomen noch einmal eine 14 Tage währende heftige Enteritis bei einer Patientin, die während

(Klinik des Prof. Neisser).

Gefundene Quecksilbermenge		Bemerkungen
die ganze	für den Tag	
0·00325	0·0016	Lues, Exanthem. mac.-papul. (etc.) 15. December Injection, 19. December Beginn der schweren Stomatitis (mit starker Schwellung und zusammenhängend nekrotischen Belegen der ganzen Zungenoberfläche und Wangenschleimhaut). 26., 27. Jänner Stomatitis mit Rücklassung granulomähnlicher Wucherungen am Seitenrande der Zunge abgelaufen.
0·0024*)	0·0012	Lues, Exanthem. mac.-papul. etc. Zähne gut, prophylaktisch sehr gute Mundpflege. — 2. December 1. Injection, 9. December 2. Injection, 12. December Stomatitis schwerer Form, die erst 29. Jänner abgelaufen ist. *) Verluste bei der quantitativen Bestimmung.
0·0067*)	0·0022	Lues, Exanthem. mac.-papul. etc. 12. December 1888 1. Injection mit Calomellanolin. 4. Jänner 4. Injection (Salicylquecksilber). 8. Jänner Stomatitis, weniger heftig als die beiden ersten, dennoch mit ausgebreiteten nekrotischen Belägen der Mundschleimhaut, dauert bis Anfangs Februar. *) Auch diese Zahl ist durch Verluste bei der Hantirung zu klein ausgefallen.

ihrer Injectionscur (5 Salicylquecksilber) noch 3 Gr. Jodkali täglich verabreicht erhielt. (Fall XXIV).

In drei von diesen fünf Fällen (zweien mit Stomatitis, und den letztgenannten mit Enteritis) ist ein Zusammenhang von Intoxicationssymptom und einer wenigstens relativ allzu gross zugeführten, respective resorbirten Quecksilberquantität ersichtlich.

Eine Wägung der genannten Patienten ergab nämlich ein Körpergewicht von 82 bis 89 Pfund, so dass für sie, bei angenommen gleicher Resorption, eine um ein Drittel höhere Concentration des circulirenden Quecksilbers resultirt, wenn man erwachsene Leute von dem gewiss nicht hohen Gewichte von 120 bis 140 Pfund zum Vergleiche wählt. (Der Harn dieser Patientin war

eiweissfrei,[13]) die Reaction ihrer Mundflüssigkeit schwach sauer, ebenso wie die anderer Kranken.)

Beruht in der Grösse der in den Organismus aufgesaugten Quecksilbermenge ein Hauptmoment der Gefahr einer Intoxication, so ist der Gedanke einer möglichst raschen Entlastung des Körpers durch vermehrte Ausscheidung sehr verlockend. Von Wichtigkeit und Wirksamkeit könnte letztere nur sein, wenn sie sofort bei der Resorption kleinster Mengen vom Beginne der Einverleibung stattfände, so dass eine Ansammlung grösserer Quecksilbermassen im Blute und den Geweben verhütet würde.

Denn, wenn letzteres einmal vorhanden ist, so ist der Nutzen von Massnahmen, die die Ausscheidung vermehren oder vermehren sollen, schon deshalb zweifelhaft, weil sie wahrscheinlich auch gleichzeitig eine raschere und bedeutendere Aufsaugung vom Orte der Application bewirken würden[14]) und weil in einer gesteigerten Ausscheidung durch den Harn die Gefahr einer Läsion der Nieren, die dann von einer stärker concentrirten Quecksilberverbindung durchströmt werden, noch drohender wird.

Die Massnahmen, die Ausscheidung des Quecksilbers zu steigern, die im Allgemeinen dieselben sind, wie sie zur Elimination anderer, den Körper belästigender Stoffe, z. B. des Bleies angewendet werden, bezwecken eine Vermehrung der physiologischen Secrete, mit der man sich eine absolute Zunahme des ausscheidenden Quecksilbers ebenso wie die des Harnstoffs verbunden denkt.

Deshalb reicht man (mit Vorliebe) Jodkalium, Chlornatrium und Diuretica überhaupt, man sucht mittels Bäder[15]) (namentlich Schwefelbäder[16]) den Stoffwechsel und die Hautausscheidung zu

---

[13]) Auf Fürbringer's Angabe citirt nach Fortschr. d. Med. 1886, S. 63, der bei 8 Procent inungirender Patienten Albuminurie gefunden, habe ich voriges Jahr, von Herrn Dr. Richter, Assistenten der dermatologischen Klinik des Prof. Pick freundlichst unterstützt, und noch häufiger heuer, Harne von Patienten mit Hg-Curen auf Eiweissgehalt untersucht, in den geprüften Fällen war keiner vorhanden.

[14]) S. Melsens (wohl nur theoretische) Behauptung, dass das Jodkalium, bei Mercurialismus angewendet, durch Lösung des im Körper vorhandenen Quecksilbers eine acute, selbst tödtliche Quecksilbervergiftung zur Folge haben könnte. Citirt nach Kussmaul, Untersuchungen über den constitutionellen Mercurialismus etc. 1861, S. 404.

[15]) Frey, Berliner klin. Wochenschr. 1886, Nr. 84 und Borowski, III. Congress russischer Aerzte.

[16]) Güntz, ref. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1874, 4. H., S. 606.

erhöhen, man hofft, durch Entziehungscuren mit dem zerfallenden Organeiweiss das an das letztere gebundene Quecksilber zu entfernen.

Gemäss der erwähnten und unbestreitbaren Eigenschaften wird man den besprochenen Agentien eine Wirksamkeit zuerkennen müssen, wenn auch in viel bescheidenerem Masse, als manche Darstellungen annehmen lassen. So ist es mindestens gewagt, wenn man in dem manchmal beobachteten Auftreten von Krankheitserscheinungen,[17]) die nach dem Gebrauch von Schwefelbädern bei inveterirter und mit Quecksilber vorher behandelter Lues sich zeigten, eine Folge der durch die Bäder gesteigerten Quecksilberausscheidung erblickte, indem durch letztere das gebunden gedachte Syphilisgift freigemacht wurde und in Wirksamkeit treten könne. Dies heisst Fragen häufen, nicht lösen.

Die Versuche, die in dieser Richtung gemacht wurden, lassen überhaupt nicht nur über die Grösse der Mehrausscheidung des Quecksilbers nach jenen Massnahmen, sondern über ihre Möglichkeit in Zweifel. Was beispielsweise die Darreichung des Jodkalium betrifft, so ist weder bezüglich einer Ausscheidungszunahme der stickstoffhältigen Endstufen (im Harn) noch derjenigen des Quecksilbers eine Einigung erzielt.

Den Angaben einer gesteigerten Ausfuhr von Stickstoff nach Jodkaliumgenuss stehen die gegentheiligen von v. Boeck,[18]) Rabuteau,[19]) Milanese entgegen, und die Daten bezüglich des Quecksilbers sind dadurch noch zweifelhafter, dass erstens der Nachweis von Quecksilber bei Anwesenheit von Jod im Harne erschwert ist, zweitens keine quantitativen Bestimmungen, die allein

---

[17]) Güntz, Chemischer Nachweis von der Ausscheidung des Quecksilbers etc. nach dem Gebrauch der Aachener Kaiserquelle. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1877, 3. H., S. 297—314 u. Ref. daselbst 1878, 1. H., S. 156, fand eine Vermehrung des Harnstoffs (im Urin) bei Genuss von Schwefelwasser. Seine Zahlen, die jedoch keine procentische, sondern höchstens eine nur absolute Harnstoffvermehrung ausdrücken, sind nicht beweisend, da die gesteigerte Flüssigkeitszufuhr und -Ausscheidung an sich dasselbe bewirkt; übrigens ist die Zusammensetzung der Nahrung, die doch sehr in Frage kommt, nur ungefähr erwähnt. — Berestovski, ref. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887, S. 411.

[18]) v. Boeck, Untersuchung über die Zersetzung des Eiweisses im Menschen unter dem Einfluss von Quecksilber und Jodkalium. Zeitschr. f. Biol. 1869, ref. in d. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1870.

[19]) Rabuteau und Milanese citirt im Lehrb. d. Arzneimittell. Harnack 1883, S. 248.

entscheiden können, gemacht wurden. Während z. B. Schneider,[20]) Vajda[21]) und Paschkis, die gleichzeitige Jodkaliumverabreichung ohne Einfluss auf die Quecksilberausscheidung fanden, behaupteten Melsens,[22]) Lorinser, Borowski[23]) und Andere unter gleichen Umständen eine Beförderung der letzteren, Stuchov[24]) eine Verminderung gefunden zu haben.

Um Einiges zur Lösung dieser Frage beizutragen, habe ich mit Hilfe unseres quantitativen Verfahrens (und unter Einhaltung der bei Jod nöthigen Vorsichtsmassregeln[25]) Harne von Patienten untersucht, die neben einer Quecksilberinjectionscur Jodkali innerlich erhielten, während die gleichzeitig untersuchten Controlfälle dies nicht bekamen. Einzelnen wurde in der Zeit nach den Injectionen Jodkali durch je einige Tage gereicht und der Hg-Gehalt in den Harnen dieser Zeiträume mit denen jodkalifreier Pausen verglichen.

Die wenigen Zahlen, die ich leider nicht mehr ergänzen konnte, sind auf folgender Tabelle verzeichnet.

---

[20]) Schneider, über Ausscheidung des Hg während und nach Hg-Curen. Wiener med. Jahrb. 1861 u. B. XL. der Sitzungsb. d. k. Akad. d. Wissensch., pag. 239.

[21]) Vajda und Paschkis, Ueber den Einfluss des Hg auf den Syphilisprocess, mit Berücksichtigung des sogenannten Mercurialismus. Wien, Braumüller 1880.

[22]) Melsens, Lorinser, Hermann, Kletzinsky, ref. in Kussmaul's Untersuchungen über d. constit. Mercur. Würzburg 1861, S. 410.

[23]) Borowski, ref. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1888, S. 462.

[24]) Stuchov, Wratsch 1886, ref. dieselbe Vierteljahresschr. 1887, S. 992.

[25]) Wenn man in den spätern Zeiten der Injections- und Jodkalicur den Harn durch die Kupfernetzröhren filtrirt, so wird man durch die Ausdehnung und Stärke des grauen Niederschlags, den man blos für Amalgam hält, überrascht. Indessen schon beim Trocknen ergibt sich aus einem Stich ins Gelbe, der in der grauen Verfärbung auftritt, dass vielleicht auch Quecksilberjodür dem Beschlage beigemengt ist; überdies kann beim Contact der Jodsalze, die im Harne enthalten sind, mit dem Kupfernetze Kupferjodür, das ebenfalls eine weissgraue Farbe besitzt, entstehen. Zur Sicherheit habe ich solche Harne, nachdem sie bereits einen Filterapparat durchlaufen hatten, noch einmal durch frische Amalgamirungsröhren laufen lassen, um Quecksilberspuren, die an dem durch Jod vielleicht untauglich gewordenen Kupfer sich nicht niedergeschlagen hätten, sicher abzuscheiden.

f) Gleichzeitiger Jodkaliumgebrauch (Klinik des Prof. Neisser).

Zahl der Versuche und der Kranken	Injectionspräparate, Zahl der vorangegangenen Injectionen, resp. Hg-Werth ders.	Jodkalium	Zeitpunkt der Untersuchung	Gefundene Quecksilbermenge	
				die ganze	für den Tag
XXXVIII. L., J.-Nr. 608.	Calomellanolin 3. Salicylquecksilber 1, zusammen 4 Injectionen = 0·382 Hg	—	21. und 22. Tag nach dem Aussetzen der Behandlung.	0·0038	0·0019
XXXIX. dto.	dto.	**täglich 3 Gr.**	24., 25., 26. Tag	**0·0026(5)**	**0·0009**
XL. dto.	dto.	—	29. Tag	0·0009	0·0009
XLI. dto.	dto.	**täglich 3 Gr.**	31. Tag	**0·0015**	**0·0015**
XLII. D., J.-Nr. 724.	Calomellanolin 1 Inj. = 0·111 Hg	—	42. und 43. Tag nach der Injection.	0·0003	0·0001
XLIII. dto.	dto.	**täglich 3 Gr.**	43., 44., 45. Tag	**0·0005**	**0·00017**
XLIV. Z., bereits als XXVI angeführt, J.-Nr. 179.	Salicylquecksilb. 3 Inj. = 0·147 Hg	—	14., 15., 16. Tag nach Beginn der Behandlung, oder 1., 2., 3. Tag nach der letzten Injection.	0·0375	0·00125
XXVIII. N., J.-Nr. 176.	dto.	**täglich 2 Gr.**	10., 11., 12. Tag nach Beginn der Behandlung, oder 1., 2., 3. Tag nach der letzten Injection.	mehr als im vorhergehenden Falle*)	—
XXVII. Z.	Salicylquecksilb. 4 Inj. = 0·196 Hg	—	20., 21., 22. Tag nach Beginn der Behandlung, oder 1., 2., 3. Tag nach der letzten Injection.	0·0045	0·0015

*) Diese Probe, die nach dem Augenscheine mehr Hg enthielt, als die nächst obere Controlprobe, kam nicht zur Wägung.

Zahl der Versuche und der Kranken	Injectionspräparate, Zahl der vorangegangenen Injectionen, resp. Hg-Werth ders.	Jodkalium	Zeitpunkt der Untersuchung	Gefundene Quecksilbermenge	
				die ganze	für den Tag
XXIX. N.	Salicylquecksilb. 4 Inj. = 0·196 Hg	täglich 2 Gr.	16., 17., 18. Tag nach Beginn der Behandlung, oder 1., 2., 3. Tag nach der letzten Injection.	0·0078	0·0026
XXII. Kl., J.-Nr. 91.	Salicylquecksilb. 1 Injection	—	1., 2., 3. Tag	0·004!!	0·0013
XXIV. B., J.-Nr. 83.	dto.	täglich 3 Gr.	1., 2., 3. Tag	0·0018!!	0·0006
XXIII. Kl.	Salicylquecksilb. 3 Injectionen	—	10., 11., 12. Tag nach Beginn der Behandlung.	0·025!!	0·0083!
XXV. B.	dto.	täglich 3 Gr.	10., 11., 12. Tag nach Beginn der Behandlung.	0·0238!!	0·0079!
XIV. K., J.-Nr. 1015.	Calomellanolin 1 Injection	täglich 2 Gr.	1., 2., 3. Tag nach der Injection.	0·00085	0·00028
XV. dto.	2 Injectionen	dto.	6., 7., 8. Tag nach der ersten, oder 1., 2., 3. Tag nach der zweiten Injection.	0·0025	0·0008
XVI. dto.	3 „	dto.	12., 13., 14. Tag nach der ersten, oder 1., 2., 3. Tag nach der letzten Injection.	0·0131	0·0043
XVII. F., J.-Nr. 159.	4 „	dto.	22., 23., 24. Tag nach Beginn der Behandlung, oder 2., 3., 4. Tag nach der vierten Injection.	0·0255!!	0·0085!

Der klinische Verlauf war bei den untersuchten und bei einigen weiteren nicht angeführten Fällen, die gleichzeitig Jodkalium erhielten, bezüglich (des Schwindens der Luessymptome und) des etwaigen Auftretens und Verlaufs von Quecksilbersymptomen[26]) ein günstiger, indem die mit dem energischen Lanolinquecksilber und Jodkalium behandelten Patienten keine Stomatitis (wohl nur zufällig!), die mit Salicylquecksilber und Jodkalium behandelten keine oder geringere Munderscheinungen[27]) gegenüber den nicht mit Jodkalium versehenen Kranken boten, und eingetretene schwere Stomatitis milder und rascher zu verlaufen schien (2 Fälle); dass aber der günstige Einfluss auf eine Vermehrung der Quecksilberausscheidung zu beziehen sei, ist aus den früher verzeichneten Zahlen nicht ohne Weiteres ersichtlich. Diese lehren zwar, dass die Ausscheidung durch Jodkali keineswegs verringert werde, wie es einzelne Autoren bei ungenügender Methodik gefunden haben; aber eine constante Zunahme der Harnausscheidung des Quecksilbers erhellt aus ihnen nicht. Die im Allgemeinen grossen, zum Theil sehr grossen Ausscheidungszahlen (Fall XXIV, XXV, XXVI, XXVII der letzten Tabelle), werden gewiss mehr durch die bedeutende und rascher zugeführte Menge des Quecksilbers, die durch Nierenreizung selbst die Diurese[28]) steigert, beeinflusst, so dass die kleine Vermehrung der Diurese und hiermit der Hg-Ausscheidung, die durch den gleichzeitigen Genuss mittelgrosser Jodkaliumdosen (2—3 Gr.) hervorgerufen wird, daneben nicht sehr in Betracht kommt. Wenn sich der Jodkaliumgebrauch zum Zwecke der Quecksilberelimination bei kleinen im Organismus kreisenden oder durch lange Zeit in den Geweben ruhenden Mengen des Metalls nützlich erweisen wird[29]), dürfte bei rascher Zufuhr von Quecksilber und bei drohender

---

[26]) Auffallend gering und selten waren bei diesen Fällen, die durch 2—3 Wochen Jodkalium einnahmen, Erscheinungen von Jodismus.

[27]) Lewin („Die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Sublimatinjectionen", Berlin 1869, S. 225) behauptet auf Grund von Erfahrungen, die sich auf grössere Reihen beziehen, ein häufiges Auftreten von Salivation bei gemischter Behandlung (Sublimatinjection und intern Jodkalium).

[28]) Salkovski citirt bei M. Heilbronn, Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol., Bd. VIII. — Jendrássik, Das Calomel als Diureticum. Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. XXXVIII. — Bieganski, Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. XL, II.

[29]) Siehe das etwas zurückhaltende Urtheil Kussmaul's sammt seiner Kritik von Literaturangaben. l. c. S. 407—417.

Intoxication von der Verabreichung von Jodkalium in täglichen Dosen von 2—3 Gr. nicht viel zu erwarten sein. Ob grössere Gaben mehr leisten, ist zu beantworten.

Da die Gefahr der Intoxication auch bei angenommen gesteigerter Ausscheidung in der fortwährenden Aufsaugung vom Orte der Application — diesbezüglich sind namentlich die Injectionsstellen zu berücksichtigen — liegt, so wird nur die rechtzeitige Beseitigung des letzteren, also z. B. die chirurgische Entfernung des Injectionsherdes (eines unlöslichen Quecksilbersalzes), wenn die Stelle noch deutlich ist, die weder schwer auszuführen noch gefährlich ist, die Gefahr beheben können.[30])

Was den Einfluss der Anwendungsform auf die Quecksilberausscheidung betrifft, so zeigen unsere neuen Zahlen in Uebereinstimmung mit den alten, dass die Injectionsmethode die epidermatische und auch die interne Application in dem Vermögen, wägbare Mengen in den Harn übertreten zu lassen, weitaus übertrifft.[31])

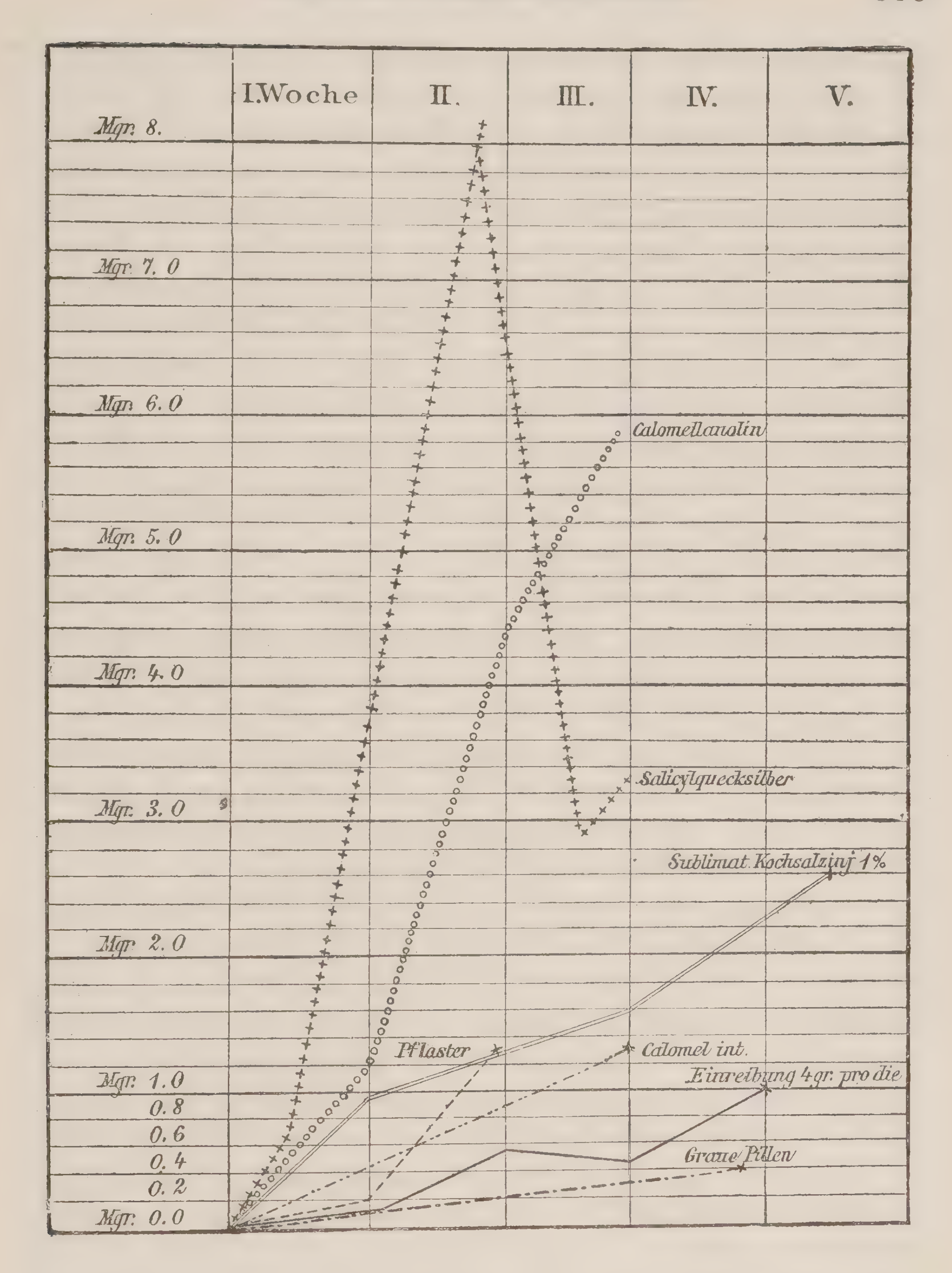
Dieses Verhältniss tritt in der folgenden graphischen Darstellung, die natürlich den ungleich grossen Untersuchungsreihen und Einheiten (Liter und Tagesportion) entsprechend nur eine rein provisorische sein kann, deutlich hervor. Die einzelnen Curven verbinden die in den betreffenden Zeiträumen erhaltenen Ausscheidungszahlen; im Allgemeinen correspondiren Zeit und Menge des verabreichten Quecksilbermittels. Wo sich aus mehreren Werthen Durchschnittszahlen[32]) erhalten liessen, wurde letztere gewählt, so dass einzelne der höchsten nach Injectionen gefundenen Zahlen nicht verwerthet sind.

---

[30]) v. Düring konnte in einem Falle von Mercurialintoxication nach Injection von Ol. cin. in die Glutäen durch Erosion der tastbaren Knoten die Vergiftungserscheinungen schwinden sehen. (Monatsh. f. prakt. Derm., 1888, Nr. 21.)

[31]) Welander (Zur Frage von der Behandlung der Syphilis mit Calomelinjectionen), der nach Almens von Schillberg modificirter Methode untersuchte, gibt an, 14 Tage nach einer Calomelinjection Kügelchen von so bedeutender Anzahl und Grösse, wie kaum jemals bei einer anderen Behandlungsmethode im Harne gefunden zu haben. (Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887, S. 1046.)

[32]) Um einigermassen vergleichbare Linien zu bekommen, habe ich auch Durchschnittszahlen für die Zeiten, in denen untersucht wurde, gezogen.



Die Anschauung der Linien lehrt sofort, dass der Unterschied in der Ausscheidungsgrösse bereits in den ersten Zeiten nach begonnener Einverleibung durch die einzelnen Applicationen auftritt.

Während nach dem Genuss von grauen Pillen, nach der Einreibung und nach Application von grauem Pflaster auf die

Haut in der ersten Woche kaum wägbare Werthe gefunden wurden, sind nach Injectionen schon innerhalb dieser Zeit Werthe von 0·9 Mgr. (und darüber) in der Tagesportion erhalten worden; Aehnliches gab die (wenn auch bisher vereinzelte) Untersuchung nach interner Verabreichung von laxirenden Calomeldosen. In den folgenden 2—3 Wochen wird der Unterschied durch die absolute Höhe der nach Injectionen ausgeschiedenen Quecksilbermengen noch deutlicher, denn in dieser Zeit erreichte die Ausscheidung nach den erwähnten Pillen kein halbes Milligramm im Tag, diejenige während der Einreibung 1 Mgr. und etwas darüber (da bei den Einreibungen der Liter als Einheit genommen wurde, so sind die Zahlen um vielleicht die Hälfte zu erhöhen), die nach Injectionen 4—6 und 8 Mgr. Nach interner Calomelverabreichung stieg die Ausscheidung weiter, jedoch nicht mehr so rapid; ein rasches Ansteigen der Zahlen bot sich auch nach der dauernden und ausgedehnten Application von grauem Pflaster, wenn auch diese letzeren Werthe wegen der geringen Untersuchungszahl mit Vorsicht aufgenommen werden müssen. Wie sich in den späteren Zeiten der Darreichung die Ausscheidung nach den verschiedenen Applicationen verhält, ergibt sich aus mehreren Zahlen; in welcher Grösse sie nach dem Aussetzen der Quecksilberzufuhr fortbesteht, habe ich nach einer Richtung ebenfalls verfolgt.

Wie zahlreiche Beispiele nach jeder Application gezeigt haben, schliesst sich die Ausscheidung den Schwankungen der Einführung im Allgemeinen innig an: sie steigt bei fortgesetzter Schmiercur zu wägbaren Werthen, ist (bei der Pflasterbehandlung) dort grösser, wo die Hautbeschaffenheit für die Resorption günstig ist, sie erhebt sich sprungweise mit jeder neuen Injection[33]); man kann also aus ihr einen Rückschluss auf die Raschheit und Grösse der Resorption ziehen. Bei dem bisherigen Mangel anderer als klinischer Ausdrücke hiefür, war für die Inunction und die interne

[33]) Merkwürdig ist, dass Landsberg (Ueber Ausscheidung von Hg aus dem Organismus mit besonderer Berücksichtigung des Calomel, Inaug.-Dissertation, Breslau 1886) bei späteren Injectionen von Calomel, falls dieselben noch während der Constanz erfolgen, keine Aenderung der Quecksilberausscheidung, sondern nur verlängerte Remanenz beobachtet hat. Ich möchte darum Kopp nicht ganz beipflichten und möchte nicht wie er, den doch nicht blos theoretischen Einwand, „dass die Calomelinjectionen leichter eine schwere Stomatitis als andere Methoden herbeiführen“, für beseitigt erachten. (l. c.)

Therapie eine directe Bestimmung nöthig. Weniger nothwendig schien eine solche für die Injectionsmethode zu sein, für die man annehmen konnte, dass die ganze injicirte Menge verschieden rasch resorbirt werden müsse, was gemäss den Anschauungen von Scarenzio, Lewin, Smyrnoff, Neisser, bei der Kenntniss der eingeführten Menge theoretisch einen wirklichen Vorzug der Injectionstherapie gegenüber der diesbezüglichen Ungenauigkeit der anderen Applicationen bedeutet hätte. Doch scheint mir diese völlige Resorption blos für die löslichen Quecksilbersalze fraglos zu sein, für manche der sogenannt unlöslichen noch des Beweises zu bedürfen, indem bei ihnen Theile des Medicamentes, die nicht in den ersten der Injection folgenden Zeiträumen resorbirt werden, innerhalb der Narbe, welche an Stelle der Injectionsnekrose entsteht, abgekapselt oder zu mindest an der entsprechend gewünschten Grösse der Resorption gehindert werden könnten. Für die Injectionstherapie gilt es vor Allem, über die Raschheit der Resorption (und Ausscheidung) klar zu werden, da dieses Moment (bei entsprechend grosser Menge des Injicirten) für die Entstehung von Intoxicationszuständen und weiters für die beabsichtigte Heilwirkung in Frage kommt.

Die angenommene Schnelligkeit der Quecksilberaufnahme nach Injection löslicher Salze, für die unsere Zahlen (nach Sublimatkochsalzinjectionen) einen Beweis liefern, hat auch zu der niedrigeren Procentirung der verwendeten Lösungen veranlasst, andererseits zu der oft geäusserten Meinung geführt, dass bei der Raschheit der Ausscheidung die für die Heilung der Syphilis nöthige Anhäufung des Quecksilbers im Körper und die sogenannte Deposition nicht in genügendem Masse stattfinden könne. Dagegen ist zu bemerken, dass ebensowohl bei rascher wie bei langsamer Einführung des Quecksilbers, das bei allen Applicationen nur gelöst in den Körper gelangen kann, die Möglichkeit einer Ablagerung in den Geweben gegeben ist.

Das Bestreben, die unbequeme Wiederholung der Injection zu umgehen, hat nun auch zu der neuerlichen Empfehlung der sogenannten unlöslichen Salze geführt; bei ihrer angenommen geringen Löslichkeit wurde die Gefahr der Intoxication für nicht wahrscheinlich, andererseits die Wirkung bei der somit stetigen

und nicht allzu grossen Resorption von dem als Depot gedachten Injectionsherde für nachhaltig angesehen.

Doch hat schon meine erste Untersuchung nach den fünfprocentigen Calomelölinjectionen (Klinik Prof. Pick) die verhältnissmässig grosse Löslichkeit eines sogenannt unlöslichen Quecksilbersalzes gezeigt und hat die zweite Untersuchung mit den hochprocentuirten Calomellanolin- und Salicylquecksilber-Mischungen (Kinik Prof. Neisser) dies in so ausgedehntem Masse für die genannten Verbindungen bestätigt[34]), dass aufs neue die Zweckmässigkeit der hochprocentuirten Einspritzungen unlöslicher Salze geprüft werden sollte. Zum Mindesten wird eine viel grössere Specialisirung der Fälle, eine Berücksichtigung des Körpergewichtes in Zukunft Platz greifen müssen.[35])

Da wie unsere Zahlen lehren, die Ausscheidung nach den unlöslichen Salzen für die gegebenen Concentrationen höchstens relativ der nach den löslichen nachsteht, so verdient auch das zweite Argument, das zu Gunsten der unlöslichen Salze angeführt wurde, nämlich die stetige Resorption, geprüft zu werden. Die Resultate einer solchen Untersuchung dürften dem Gesagten zu Folge, obzwar in etwas kleinerem Masse auch für die löslichen Salze gelten.

Ich habe deshalb auch bei einigen Fällen, die mir freundlichst zur Verfügung gestellt wurden, die Ausscheidung in der Zeit nach dem Aussetzen der Injectionen (von Calomellanolin und Salicylquecksilber) untersucht und lege in Folgendem die erhaltenen Zahlen vor.

---

[34]) Ellenberger und Hofmeister (Therap. Monatsh. Nr. 8 ref. in d. Monatsh. f. prakt. Derm., 1888, Nr. 18) haben die bedeutende Löslichkeit von Salicylquecksilber in Kochsalzlösungen nachgewiesen. Auch Jadassohn und Zeising (Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1888) nehmen mit Rücksicht auf die raschen Heilerfolge eine beträchtliche Löslichkeit des Mittels an.

[35]) Der relativen Jugend der Methode ist es zuzuschreiben, dass das nicht längst zum allgemeinen Bewusstsein gekommen ist, und man nicht Alter, Constitution und Körpergewicht bei Bemessung der Injectionsdosis ebenso wie bei der Inunctionstherapie regelmässig in Betracht zieht.

g) Remanenzperiode (Klinik des Prof. Neisser).

Zahl der Versuche und der Kranken	Zahl der vorangegangenen Injectionen, resp. Hg-Werth	Zeitpunkt der Untersuchung	Gefundene Quecksilbermenge	
			die ganze	für den Tag
XI. D., J.-Nr. 724.	1 (Calomellanolin) = 0·111 Hg	5. und 6. Tag nach der Injection (hierauf ausgesetzt).	0·00325	0·0016
XLVIII. dto.	dto.	31., 32., 33. Tag	0·0024(5)	0·00081
XLIX. dto.	dto.	42., 43. Tag	0·0003	0·00015
L. dto.	dto.	43., 44., 45. Tag	0·0005	0·00017
XII. R., J.-Nr. 708.	2 (Calomellanolin) = 0·222 Hg	10. und 11. Tag nach der zweiten Injection (hierauf ausgesetzt).	0·0024*)	0·0012
LI. dto.	dto.	38., 39., 40. Tag	0·00105	0·0003(5)
LII. dto.	dto.	48., 49. Tag	0·00065	0·00032
XVIII. L., J.-Nr. 608.	4 (3 Calomellanolin und 1 Salicylquecksilber) = 0·382 Hg	5., 6., 7. Tag nach der vierten Injection (hierauf ausgesetzt).	0·0067*)	0·0022
LIII. dto.	dto.	12., 13., 14. Tag	0·0042	0·0014
LIV. dto.	dto.	21., 22. Tag	0·0038	0·0019
LV. dto.	dto.	24., 25., 26. Tag	0·0026(5)	0·0009
LVI. dto.	dto.	29. Tag	0·0009(5)	0·0009(5)
LVII. dto.	dto.	31. Tag	0·0015	0·0015
LVIII. B., J.-Nr. 83.	7 (5 Salicylquecksilber und 2 Ol. ciner.)	34., 35., 36. Tag nach dem Aussetzen der Behandlung.	0·0018	0·0006

*) Verluste bei der Hantirung.

Aus dieser Tabelle ersieht man, dass die Ausscheidung noch lange nach der Injection in einer Höhe stattfindet, die die Wägung des Quecksilbers sogar in Tagesportionen gestattet. Im Zusammenhalt mit den früheren Ergebnissen kann der Gang der Aufnahme und Ausscheidung des Quecksilbers nach Injectionen unlöslicher Salze folgendermassen angenommen werden: Rasches Ansteigen zu einer maximalen Höhe bald nach der Injection, Verbleiben auf einer, wenn auch rasch abnehmenden, doch durch mindestens einen Monat quantitativ wohl messbaren Stufe. Da man muthmassen könnte, dass dieses immerhin rasche Absinken der Ausscheidung davon abhängt, dass der grösste Theil des eingeführten Quecksilbers den Körper schon verlassen hat, so lohnt es sich, diesbezüglich eine Berechnung vorzunehmen. Da ergibt sich nun, dass ein Zehntel bis ein Viertel der eingespritzten Quecksilbermenge den Körper während der Injectionszeit (14—34 Tage) im Harn verlässt, und etwa ebensoviel während 1—1$^1/_2$ Monaten der sogenannten Remanenzzeit. Wenn, wie wir anzunehmen geneigt sind, die anderen Ausscheidungen (Schweiss, Koth) bezüglich ihres Quecksilbergehaltes hinter dem Harne zurückstehen, so dürften nur ungünstige Resorptionsverhältnisse, die sich an der Injectionsstelle durch die vorangehende Nekrose später ausbilden, an der vom zweiten Monat der Remanenz an bedeutend geringeren Resorption und Ausscheidung des Quecksilbers betheiligt sein.

Diesem Umstande und dem äusserst langsamen Ausscheiden des einmal in den Geweben abgelagerten Quecksilbers ist es zuzuschreiben, dass auch noch nach Monaten[36]) im Harne dieser Patienten, ebenso wie nach Inunctionen, Quecksilberspuren gefunden wurden.

Für die Inunctionen stehen mir diesbezügliche eigene Untersuchungen nicht zu Gebote. Doch da es nicht wahrscheinlich ist, dass die Bedingungen für die Quecksilberaufnahme, die (nach meinen Zahlen) während der Zeit der Einreibungen bedeutend geringer sind als während der Injectionen, sich nach dem Aussetzen der Behandlung ändern, so glaube ich, dass auch noch

---

[36]) Kopp, Bockhardt, Landsberg. Letzterer wies es 10 Monate nach der letzten Calomelinjection im Harne nach.

durch eine lange Zeit der sogenannten Remanenz mehr Quecksilber im Körper nach Injectionen als nach Inunctionen sein wird.

Bezüglich der einzelnen Präparate lehren unsere Zahlen Folgendes:

Die Ausscheidung (und Aufnahme) ist nach grauen Pillen sehr klein, dagegen nach laxirenden Calomeldosen recht gross (Wolff und Nega), klein und langsam steigend bei Inunctionen, recht gross bei ausgebreiteter und lang andauernder Application von grauem, namentlich Unna'schem Pflaster.

Von den geprüften Injectionen geben diejenigen des Salicylquecksilbers die verhältnissmässig und auch beinahe absolut grössten Ausscheidungszahlen, ihnen zunächst scheinen mit Beziehung auf die eingeführten Mengen die Sublimatkochsalz-Einspritzungen zu stehen, worauf sich die Calomelmischungen (Calomellanolin) anschliessen; letztere, die in einer am stärksten procentuirten Gabe verabfolgt wurden, lieferten die absolut höchsten Werthe (und die unangenehmsten Nebenerscheinungen).

Diese Scala dürfte dem Werthe der einzelnen Präparate bei den gegebenen Concentrationen (ohne dass hiebei experimentelle Schärfe obwalten kann) für die Aufnahme und Ausscheidung des Quecksilbers ungefähr entsprechen.

In Anlehnung an die bisher erörterten quantitativen Verhältnisse und Berücksichtigung klinischer Ergebnisse, will ich kurz auf die Eingangs erwähnte Fragestellung bezüglich eines Parallelismus von Heilwirkung und Menge des eingeführten, beziehungsweise aufgenommenen Quecksilbers eingehen. Mit Ausschluss der heute noch sehr schwierigen Erörterung einer Heilung der Syphilis durch Hg überhaupt und der Fragen über Hintanhaltung, Verschiebung oder Milderung der Recidiven, bezüglich derer die Statistik noch nicht ausreicht, soll nur der resorptive Einfluss einer Quecksilberbehandlung auf die jeweiligen Symptome namentlich des secundären Stadiums in bescheidenster Weise berührt werden. Die wenigen allgemeinen Urtheile über die Heilwirkungen nach den verschiedenen Anwendungsformen des Quecksilbers erlaubt die Heranziehung der diesbezüglichen (nicht kleinen) Literatur und eigene Anschauung grosser Reihen epidermatischer (Klinik von Prof. Pick) und hypodermatischer Application (Klinik von Prof. Neisser) und einer freilich viel kleineren Reihe von

Fällen interner Behandlung, die Herr Prof. Neisser diesen Untersuchungen zu Liebe einleitete.

Die Unsicherheit und Langsamkeit der Wirkung der internen Medication hängt mit der Schwierigkeit, die nöthige Quecksilbermenge einzuführen, zusammen. Längere Anwendung darmreizender Präparate (z. B. des Calomels), bei denen, wie wir sehen, eine beträchtliche Quecksilberresorption stattfindet, und grosse Dosen derselben verbietet oftmals die Rücksicht auf unangenehme und gefährliche örtliche Veränderungen des Verdauungsrohres, und nicht darmreizende Präparate, als deren mildeste Vertreter wir die grauen Pillen prüften, gewährleisten selbst in grossen Mengen verabreicht, eine nur kleine Quecksilberaufnahme. Wenn trotzdem selbst nach solchen Präparaten, wie mehrere Beispiele wiederum lehrten, bei entsprechend lange fortgesetzter Behandlung eine sichtliche Besserung von beträchtlichen Erscheinungen der Secundärperiode sich zeigte, — wobei mit Absicht keine Localbehandlung eingeleitet wurde, — so waren doch diese Fälle eine kleine Minderheit denen gegenüber, wo der Erfolg ein sehr geringer, oder wo die Erscheinungen (Exanthem, Plaques) in grösserer Stärke und Zahl während der Behandlung hervortraten. Bei den erwähnten günstig verlaufenden Fällen dürften, wenn man von den so wichtigen individuellen Verhältnissen absieht, einzelne Umstände, z. B. längeres Verweilen der eingeführten (zur Resorption anderenfalls nicht besonders geeigneten) Mittel im Darmrohre, — bei habitueller Verstopfung — oder eine in grösserem Masse stattgefundene Lösung derselben in einem abnorm saueren Darmsecret, denn doch eine gesteigerte Quecksilberaufnahme bewirkt haben.

Dass dieser Zusammenhang zwischen Wirkung und Menge des Medicamentes besteht, wird aufs Deutlichste durch jene, der internen Behandlung extrem gegenüberstehende Anwendungsform des Quecksilbers, die die grösstmögliche Resorption des Letzteren gestattet, durch die Injectionsmethode bewiesen. Denn hier ist der Erfolg ein äusserst prompter.

Meine eigenen Erfahrungen beziehen sich zumeist auf die sogenannten unlöslichen Salze, das Calomel (als Calomellanolin und Calomelöl) und das Salicylquecksilber; Formamid- und Sublimatinjectionen habe ich in zu kleiner Zahl gesehen. Bezüglich der ersteren stehe ich für die angegebenen Concentrationen nach den

in der Breslauer Klinik gesehenen Erfolgen nicht an, mich den Urtheilen einer Reihe von Autoren[37]) anzuschliessen und sie zu den wirksamsten Mitteln zu rechnen, die das Schwinden secundärer Symptome bewirken. (Sehr günstig beeinflusste tertiäre Formen waren für ein abschliessendes Urtheil zu vereinzelt.) Und gerade jene Fälle mit schweren Stomatiden schienen die rascheste Abheilung geboten zu haben, indem nach einer, beziehungsweise zwei und drei Injectionen die Anfangs vorhandenen Papeln an den Genitalien und die Körperexantheme rasch abgelaufen, die Drüsen bedeutend zurückgegangen waren. Dies kann bei der mindestens relativ sehr grossen Quecksilbermenge, die aufgesaugt worden, nicht Wunder nehmen.

Dass von den zwei genannten Präparaten das Salicylquecksilber suspendirt in Paraffin den Vorzug verdient, erhellt aus seiner Eigenschaft, neben Entfaltung einer kräftigen Allgemeinwirkung örtlich weniger als die Calomelmischungen zu reizen, was mit Rücksicht auf seine grössere Löslichkeit auffällt. Es ist bedeutend leichter, bleibt also während man es in die Canüle saugt, besser in gleichmässiger Suspension als Calomel, weshalb der Hg-Gehalt einer ersten und einer späteren Injection, die aus demselben Gefäss bezogen ist, nicht so differiren als bei dem specifisch viel schwereren Calomel. Dass gegenüber dem Salicylparaffin speciell die Calomellanolinmischung, nach der mehrmals untersucht wurde, geringeren praktischen Werth besitzt, ist klar, da der letzteren, einem dicken Brei, die bequeme Mischbarkeit, demgemäss eine halbwegs sichere Bemessung des Quecksilbergehaltes abgeht.

Ein Vergleich der Injectionsmethode mit der epidermatischen (Einreibungen, Pflaster) ergibt, dass dort, wo man mit der letzteren nicht direct an die Krankheitsherde herankommt, wo man also nicht auch eine örtliche Quecksilberbehandlung einleitet, der Erfolg der Injectionen, namentlich jener der hochprocentuirten Mischungen unlöslicher Salze ein rascherer ist, als der der Einreibungen. Dies kann aber nach dem früheren nur die Folge der rascher und in grösserem Massstabe erfolgenden Quecksilberresorption sein, die die Behandlungszeit der Injectionen gegen-

---

[37]) Scarenzio, v. Sigmund, Smirnoff, Kölliker, Neisser, Balzer u. A.

über der während der Inunctionen auszeichnet. Dass sich mit diesem, wenn man will als Vorzug zu bezeichnenden Effecte, häufiger gewisse oft nicht unbeträchtliche Nachtheile[38]) verbinden, beweist, dass öfter die eingeführte Menge zu gross ist, und dieser Umstand verlangt eine weitere namentlich von quantitativen Gesichtspunkten, geleitete Variirung des Injectionsverfahrens, die uns die Vorzüge des letzteren, seine Promptheit, die von den socialen Verhältnissen und dem verschieden zweckmässigen Zuthun des Kranken unbeeinflusste Wirkung, sowie die relativ beste Möglichkeit einer Bemessung des thatsächlich zur Aufnahme gelangten Mittels, ohne die dem Verfahren anhaftenden Nachtheile bieten soll.

Dort, wo die epidermatische Application zugleich Localtherapie[39]) ist, scheint mir ihre Wirkung auf das Schwinden der direct von ihr getroffenen örtlichen Erscheinungen derjenigen der blossen Injectionen (ohne gleichzeitige örtliche Quecksilberbehandlung) bezüglich Raschheit und manchmal Vollständigkeit des Effectes überlegen zu sein.

Dies ist meist wahrscheinlich weniger als Allgemeinwirkung der durch die Localherde begünstigten Quecksilberresorption, deren Bedingungen sich übrigens in einzelnen Fällen (Ulcerationen) denen bei Injectionen nähern, aufzufassen; denn der örtlich heilende Einfluss zeigt sich oft schon zu einer Zeit, wo die von dem betreffenden Herde aus in den Körper gelangte Quecksilbermenge für eine entfernte Wirkung noch viel zu klein ist, andere nicht direct behandelte Herde zeigen kaum eine Reaction.[40]) Vielmehr muss man annehmen, dass an den besser resorbirenden Stellen, welche durch die oberflächlichen Herde dargestellt sind, der örtliche Gehalt an Quecksilber in kleiner Ausdehnung und durch eine gewisse Zeit ein relativ beträchtlicher ist, jedenfalls beträcht-

---

[38]) Eigenthümlich berührt es, dass manche Autoren von ihren neuen oder neu angewendeten Mitteln Unschädlichkeit namentlich bezüglich der Stomatitis und Enteritis behaupten, während doch diese Zustände, die in das Wirkungsbild des nach allen Arten eingeführten Quecksilbers gehören, wesentlich von der Grösse und Raschheit der Resorption abhängen.

[39]) Prof. Pick macht in seinen Vorlesungen nachdrücklichst darauf aufmerksam, dass sich die Prognose der günstigen Einwirkung einer Inunctionscur wesentlich mit der Möglichkeit das Quecksilber local auf die Krankheitsherde anzuwenden, bessere.

[40]) Diese häufig zu machende Beobachtung wurde in anschaulicher Weise durch Versuche Köbner's demonstrirt.

licher als er nach der beliebigen (zu Heilzwecken beabsichtigten) Einführung eines Quecksilbermittels und Vertheilung desselben in den Gewebssäften an dem Orte, wo die Einwirkung gewünscht wird, vorhanden sein kann.

Innere Manifestationen der Lues, denen die vorzügliche Localwirkung der epidermatischen Methode nicht zu Gute kommt, dürften also rascher und gründlicher auf die Injectionstherapie reagiren, so wie andererseits die Rücksicht auf praktische Verhältnisse und auf die Möglichkeit, die Injectionsdosis verringern zu können, es öfters wünschenswerth macht, eine entsprechende örtliche Hg-Behandlung der ihrem Orte gemäss zugänglichen Herde mit den Injectionen zu verbinden.

Aus den drei Einverleibungsarten des Quecksilbers, deren jede in empirisch-verständiger und entsprechend energischer Weise gehandhabt, unzweifelhafte Erfolge zu verzeichnen hat, ist in den letzten Jahren die Methode der Injectionen mit unlöslichen Hg-Salzen hervorgetreten. Von einigen Autoren wird sie der Inunctionsmethode vorangestellt, Andere halten beide Methoden für ziemlich gleichwerthig, und selbst jene, die ihre Wirksamkeit derjenigen der Inunctionen unterordnen, haben ihre vorzüglichen Resultate anerkannt. Gegenüber der internen Therapie zeichnet sie sich durch die Sicherheit der Wirkung, gegenüber der Inunctionsmethode durch die Raschheit, gegenüber der Einspritzung löslicher Salze durch eine bisher mehr theoretisch angenommene Dauerhaftigkeit der Erfolge aus, die in dem längern Verbleiben von Hg im Körper begründet sein soll.

In ihr ist das Princip einer möglichst langen und wie in Ergänzung klinischer Thatsachen die voranstehenden Versuche zeigten, sehr intensiven Quecksilberwirkung auf die Erscheinungen der Syphilis ausgedrückt.

Wollten wir die Frage von der Bedeutung der Ausscheidungsverhältnisse des Hg für den Heilwerth der einzelnen Einverleibungsmethoden erörtern — bekanntlich haben Köbner in seiner Kritik des Lewin'schen Verfahrens und später Andere zwischen Ausscheidungsgeschwindigkeit der Hg-Mittel und ihrem Heilwerthe ein umgekehrtes Verhältniss finden wollen — so kämen wir mit Rücksicht auf die Injectionen (sogenannt) unlöslicher Salze zu dem Schlusse, dass auch eine sehr wirksame Methode mit einer sehr

raschen und demgemäss quantitativ bedeutenden Ausscheidung (des Hg) verbunden sein kann.

Doch wird erst die Kenntniss des quantitativen Verhältnisses des deponirten und ausgeschiedenen Quecksilbers diesem Satze Werth verleihen, ebenso wie wir dann erst zu einer bezüglich Stärke, Dauer und Wiederholung zielgemässen Handhabung des Quecksilbers gelangen werden, bis wir erkennen, ob der für die Milderung des späteren Verlaufs der Lues im Allgemeinen günstige Einfluss des Quecksilbers der ein- oder mehrmaligen kräftigen Wirkung rasch zugeführter grösserer Mengen des Mittels oder dem langen Verweilen dieses letzteren im Körper wenn auch in viel kleinerer Quantität zuzuschreiben ist.

Am Schlusse dieser Zeilen erlaube ich mir, Herrn Prof. Neisser für die äusserst munificente Weise, mit der er das grosse klinische Material einer möglichst ausgedehnten Prüfung zugänglich machte, so wie für vielfache Anregungen meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen; ich danke auch seinen Assistenten, die sich insgesammt durch mehr als collegiale Hilfe für das Gelingen der Versuche interessirten, auf's Herzlichste.

Anhang.

Eine Bemerkung über die Aufnahme des Quecksilbers bei der Inunctionscur.[1])

Zahlreiche Versuche (Regnault, Reiset, Gerlach, Röhrig, Krause) haben festgestellt, dass von den auf die unversehrte Haut gebrachten Stoffen jene, die sich zu verflüchtigen oder chemisch das Hautgewebe anzugreifen vermögen, aufgenommen werden. Dort, wo die genannten Eigenschaften nur in geringem Grade vorhanden oder durch die Zusammensetzung des Präparates abgeschwächt werden, besteht Zweifel über die Art der Aufnahme und über den diesbezüglichen Antheil, den jede der erwähnten Bedingungen hat.

---

[1]) Einer auf Anregung des Herrn Prof. Hofmeister von mir angestellten Versuchsreihe entnommen. Der Anhang bezieht sich blos auf die unveränderte Haut, für die pathologisch veränderte sind die Resorptionsbedingungen durch das mechanisch ermöglichte Eindringen der Hg-Partikelchen in tiefere Hautschichten gewiss sehr gesteigert.

So ist man jetzt betreffs der grauen Salbe wohl über eine einseitige Betonung einer einzigen Resorptionsmöglichkeit hinausgekommen, kann aber kaum bestimmen, ob das mechanische Eindringen von Quecksilberkügelchen in die Hautanhänge, das bei der Einreibungscur erfolgt (Zülzer, Neumann, Fürbringer) und eine in den letztern etwa stattfindende Oxydation oder die Verdampfungsfähigkeit des Quecksilbers (Wings, Fr. Müller) den wichtigern Factor für die Aufnahme dieses Stoffes bildet. Auch hier thut eine quantitative Bestimmung Noth; ich habe dieselbe für jene Quecksilbermengen, die sich von den bei der Inunctionscur in Betracht kommenden Salbenflächen verflüchtigen und in Gasform aufgenommen werden könnten, auszuführen gesucht und berichte kurz über den eingeschlagenen Weg, sowie einige Resultate.

Ein dickwandiges Glasrohr von 120 Ctm. Länge, 2·7 Ctm. Durchmesser im Lichten, somit einer innern Mantelfläche von 950 Ctm. wird mit grauer Salbe unter leichtem Erwärmen derselben oder mit einem Stempel ausgestrichen; der grössere Theil der Lichtung ist durch einen centralen Stab ausgefüllt, so dass ein peripherer, enger Luftraum entsteht, durch den die aus einer Pumpe über eine Gasuhr zugeführte Luft von dem einen Röhrenende aus über die Salbenfläche streicht. Mit dem zweiten Röhrenende ist (ebenfalls) luftdicht eine Vorlage in Verbindung, ein (oder mehrere) Röhrchen von 25 Ctm. Länge, 6 Mm. Lichtung, das innerhalb mehrerer gleichmässig vertheilter Verjüngungen je eine möglichst lange Säule mässig dicht gefüllten Blattgoldes enthält.

Ein Wattapfropf zwischen Salbenrohr und Goldvorlage verhütet ein mechanisches Uebertreten von Salben- und Quecksilbertheilchen in die Vorlage, der Luftstrom ist durch Geisler'sche Hähne vor und hinter der Gasuhr geregelt, durch Waschflaschen überwacht.

Nach beendetem Versuche, nachdem gewöhnlich 500—600 Liter Luft in etwa 5 Tagen an der Salbe vorbeigestrichen waren, wird aus der Goldvorlage in der Eingangs geschilderten Weise das Quecksilber durch Glühen bestimmt.

Hiermit folgen einige Versuche:

1. Temperatur 17—20° C., Dauer 7 Tage, Luftmenge 500 Liter, gefundenes Hg = 0·0033.

3. Temperatur 17—20° C., Dauer 6 Tage, Luftmenge 500 Liter, Hg = 0·0037.

6. Temperatur 30—40° (Brutofen), Dauer 3 Tage, Luft 600 Liter, Hg = 0·0038.

Bei Wiederholung dieser und anderer Versuche (namentlich derjenigen bei Körpertemperatur) mit demselben Rohre erhielten wir abnehmende Werthe, was sich aus der verhältnissmässigen Dicke der Salbenschichte erklärt, in welcher sich die Quecksilberkügelchen allmälig senkten, wodurch die Verflüchtigung sehr verringert werden müsste. Schon

deshalb sind alle unsere Zahlen zu klein ausgefallen, namentlich aber wegen der verhältnissmässig bedeutenden Geschwindigkeit des Luftstromes, der wahrscheinlich Quecksilber an dem vorgelegten Golde mit sich vorbeiführte.

Dem gegenüber ist die Grösse der Verflüchtigung des Quecksilbers, die bei der üblichen Schmiercur von der Haut stattfinden kann, durch die feine Vertheilung und demgemäss oberflächliche Lagerung der Kügelchen eine bei Weitem bedeutendere. Bei jeder Körperbewegung wird die zusammenhängende Salbenschichte gelöst und werden stets andere Quecksilbertheilchen der Luft, respective der Verdampfung ausgesetzt. Die Körperoberfläche eines erwachsenen Mannes zu $1^1/_2$ Quadratmeter bildet, falls wir $^4/_5$ derselben mit gründlich verriebener Salbe bedeckt annehmen, was allmälig unter beständiger Abdunstung der schon inungirten Theile in 6 Tagen geschieht, eine Area von rund 12000 Quadratcentimeter, d. i. eine 13mal so grosse Fläche, als wir zum Versuche benutzten. Von ihr kann für den Tag unter Zugrundelegung der gefundenen Zahlen etwa 0·0045 Gr. Hg verdampfen.

Aus der von der erwärmten Körperoberfläche nach aufwärts an den Respirationsorganen vorbeiströmenden Luft kann die Lunge mit ihrem enormen Luftwechsel (11500 Liter pro Tag) eine beträchtliche Menge des in ihr enthaltenen Quecksilberdampfes aufnehmen. Ausserdem kann noch durch die Haut, über der der Metalldampf die grösste Tension hat, eine gewisse Menge, die dem geringern Gasabsorptionsvermögen der Haut entsprechend viel kleiner als die durch die Respiration aufgenommene sein wird, gegen das Körperinnere abdunsten. Diese Mengen, obzwar insgesammt klein, werden doch durch stetiges Zuströmen bemerkenswerth, bedenkt man, dass die in den ersten Zeiten von den Kranken selbst auf Inunctionszimmern im Harne ausgeschiedenen Quecksilberquantitäten unbedeutend sind und erst nach Wochen zu wägbarer Höhe im Tage ansteigen. Dass das als Gas aufgenommene Quecksilber bei seinem Eindringen in das Körpergewebe alsbald ähnliche Verbindungen mit demselben eingehen wird, wie das intern oder hypodermatisch verabreichte, ist nach der Aehnlichkeit der Erscheinungen anzunehmen; indessen fehlt selbst darüber eine präcise Vorstellung.

Beiträge zur Wirkung der Injectionen unlöslicher Mercurialpräparate bei der Behandlung der Syphilis und über einige Complicationen, die bei dem Gebrauche derselben vorkommen können.

Von

Dr. med. v. Watraszewski,
Oberarzt am Hospital St. Lazarus in Warschau.

Seitdem die ärztliche Welt von der vollständigen Verwerthbarkeit der unlöslichen Quecksilberverbindungen bei der hypodermatischen Syphilistherapie sich genügend überzeugt hat — sind dieselben in ausgedehntem Maasse von der Mehrzahl der Fachleute zu diesem Zwecke verwendet worden, und haben hauptsächlich ihre rasche und erfolgreiche specifische Wirkung, sowie die Bequemlichkeit ihrer Anwendung im praktischen Sinne am meisten dazu beigetragen.

Nach den zu allererst mit dem Calomel gemachten Erfahrungen folgte in kurzer Zeit eine Reihe von Versuchen über andere Mercurialpräparate und es wird wohl gegenwärtig kaum eine Quecksilberverbindung übrig geblieben sein, über welche in der gegebenen Richtung nicht Versuche angestellt worden wären.

Wenn wir vom Principe ausgehen, den therapeutischen Werth eines gegebenen Medicamentes nach dem Effecte zu beurtheilen, welchen dessen geringste Mengen hervorzurufen im Stande sind, so werden laut theoretischer Voraussetzungen, die das Experiment vollständig bestätigt, diejenigen Quecksilber-

präparate, in denen der grösste Procentsatz Quecksilber enthalten ist, den Vorzug vor den anderen haben. Dieselben wären: die Oxyde des Quecksilbers — und zwar seiner Eigenschaften halber das am besten vom Organismus tolerirte Hydrarg. oxydat. flavum — und das Calomel.

Gewisse Präparate, wie das Carbol-, Salicyl-, Thymolquecksilber etc. — von denen auf Grund theoretischer Betrachtungen ganz besondere parasiticide Wirkungen zu hoffen wären, scheinen die genannten Erwartungen auf dem Gebiete der Luestherapie getäuscht zu haben. Die im gewöhnlichen Sinne antiseptisch wirkenden Componenten der erwähnten Quecksilberpräparate sind mit dem Mercur chemisch verbunden kaum im Stande die antisyphilitische Wirkung desselben steigern zu können.

Es lassen sich deswegen die Ergebnisse der hypodermatischen Anwendung unlöslicher Mercurialpräparate, wie ich es bereits früher anderen Ortes auszusprechen die Gelegenheit hatte, folgendermassen definiren:

Je kleiner die Quantität des injicirten Salzes — desto geringer die örtlichen, respective allgemeinen Reactionserscheinungen und

je grösser der Procentsatz des im gegebenen Quantum des betreffenden Salzes enthaltenen Quecksilbers — desto auffallender tritt die specifische Wirkung des Mercurs auf den Organismus, respective auf die Syphilismanifestationen in den Vordergrund.

Dementsprechend wäre es rathsam, uns in praxi auf die Anwendung des gelben Quecksilberoxydes und des Calomels zu beschränken, was auch thatsächlich von den meisten Syphilidologen, Anhängern der Injectionsmethode gebilligt und acceptirt worden ist, und indem die Injectionen mit den letzterwähnten Präparaten sich des Rufes von anerkannten und methodischen Curen seit einigen Jahren erfreuen, tragen die mit einer Reihe anderer Präparate ausgeführten — mehr oder weniger den Charakter von Versuchscuren[1]).

Wenn nun das Calomel der grösseren, localen, respective allgemeinen Reaction halber, sowie der entschiedenen Tendenz

---

[1]) v. Watraszewski, Ueber die Behandlung der Syphilis mit Injectionen unlöslicher Quecksilbersalze. — Internat. med. Congress zu Washington 1887. Monatsh. f. prakt. Derm. VI. Bd. 1887, Nr. 22.

wegen, an den Injectionsstellen Abscesse zu erzeugen, immer weniger Anhänger zählt — hat wiederum neuerdings die Zahl der letzteren merklich abgenommen, seitdem verschiedene Autoren in der unangenehmen Lage sich befinden, ihre Kranken, die mit Calomelinjectionen behandelt wurden, unter dem Bilde von acuter Quecksilberintoxication zu Grunde gehen sehen. Es ist dieses aus der Zusammenstellung von Herrn Runeberg[1]) — wo sieben dergleichen Fälle geschildert sind, deutlich zu ersehen.

Zur Zeit, als ich mich der Calomelinjectionen bediente, sah ich mich in Folge einer oft zu stürmischen, localen und allgemeinen Reaction recht bald veranlasst, die ursprünglich von Smirnoff auf einmal vorgeschlagene Dosis von 0·20 Calomel, auf 0·10, 0·06 und schliesslich auf 0·05 zu reduciren. Und doch war der therapeutische, mit diesen bescheidenen Dosen Calomels erzielte Effect ein ausgezeichneter, was übrigens der verstorbene Prof. Sigmund[2]) schon lange vorher constatirt hatte.

Allerdings übertrifft die locale Reaction selbst bei den geschilderten geringen Quantitäten Calomels, um Bedeutendes die Reizerscheinungen die nach Einspritzung derselben Quantitäten des gelben Quecksilberoxydes örtlich aufzutreten pflegen. Obwohl die specifische Wirkung des letzteren keineswegs der des Calomels nachzustehen scheint.

Diese traurigen Ausgänge wären somit in einer zu hohen Dosis des auf einmal injicirten Calomels zu suchen, wozu vielleicht noch die individuelle schlechte Toleranz der Kranken gegen Mercur das Ihrige beigetragen haben mag.

Es wären dergleichen deletere Intoxicationen nicht zu befürchten, wenn die auf einmal injicirte Quantität des Calomels nicht 0·05 überstiegen hätte. Ich glaube das Recht zu haben, dergleichen behaupten zu können nach den Erfahrungen, die ich mit dem gelben Quecksilberoxyde gemacht habe. Dasselbe in verhältnissmässig hohen Quantitäten von 0·12—0·15 auf einmal injicirt, zur Zeit, wo ich mich dessen zu bedienen anfing, rief bei

---

[1]) Runeberg, Quecksilberintoxication mit tödtlichem Ausgang nach Calomelinjectionen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1.

[2]) Dr. Sigmund von Ilanor, Vorlesungen über neuere Behandlungsweisen der Syphilis. Wien 1880.

einigen Individuen einen Zustand von ernster Adynamie hervor, vergesellschaftet mit Diarrhöe und heftiger Stomatitis — Erscheinungen die ich nie mehr zu Gesicht bekam, seitdem die auf einmal einverleibte Quantität des Mittels anfänglich auf 0·06 und schliesslich auf 0·04 reducirt wurde. Seit mehreren Jahren sind Tausende dergleichen Injectionen im St. Lazarushospitale in Warschau, sowohl von mir, als von den daselbst ordinirenden Herren Aerzten gemacht worden, und nie hat einer von uns weder gar einen letalen Ausgang während der Cur zu beklagen gehabt — noch eine nur annähernd den beschriebenen ähnliche Complication beobachten können, die uns irgend eine Besorgniss für das Befinden eingeflösst hätte und auf eine unerwünschte oder zu heftige Wirkung des Mittels hätte bezogen werden können.

Der Gebrauch des metallischen Quecksilbers in Form von Oleum cinereum (Lang) oder Ol. ciner. benzoatum (Neisser) in den gegenwärtig geübten, verhältnissmässig hohen Dosen scheint mir in dieser Beziehung noch gefährlicher zu sein. Die neuerdings veröffentlichten Beobachtungen von Prof. Kaposi,[1]) der nach einer Injection des grauen Oeles den Patienten sterben sah und ein dergleichen Fall von Prof. Hallopeau,[2]) wo unter ähnlichen Umständen eine foudroyante Stomatitis zur Entwickelung kam, beweisen zur Genüge die mit der Anwendung der genannten Präparate verbundenen Gefahren und mahnen lebhaft zur Vorsicht.

Die in der letzten Zeit constatirten Fälle von Lungenembolien bei Kranken die mit Injectionen unlöslicher Quecksilbersalze behandelt wurden, sind obwohl in ihren Folgen weniger gefährlich, als die eben beschriebenen Complicationen, jedenfalls aber wichtig genug, um unsere volle Aufmerksamkeit zu fesseln.

Es sei mir erlaubt, auf einige Details in Betreff der Bedingungen, unter welchen derartige Complicationen entstehen

---

[1]) Kaposi, Ueber einen Fall von acuter letaler Quecksilbervergiftung durch subcutane Injection von Oleum cinereum. — Erster Congress der Deutschen Derm. Gesellschaft.

[2]) Hallopeau, Des inconvenients et des dangers inhérents au traitement de la syphilis par les injections de mercure pratiquées à intervalles éloignés. — Bullet. méd. 1888.

können, einzugehen und denselben vorher noch einige Betrachtungen über die Natur und die Eigenschaften der zu den Injectionen benützten Flüssigkeiten, sowie über die Art und Weise, wie sich letztere im Organismus zu verhalten pflegen, vorauszuschicken.

Einen wichtigen Umstand bei der hypodermatischen Anwendung unlöslicher Mercurialpräparate bildet die Wahl eines geeigneten Vehikels, in dem das betreffende Salz möglichst fein vertheilt in die Gewebe deponirt wird.

Eine solche Injectionsflüssigkeit muss folgenden Forderungen entsprechen:

Es muss dieselbe eine gewisse Consistenz besitzen, um das relativ schwere Salz schwebend tragen zu können,

es muss dieselbe, nachdem sie injicirt, sich im Gewebe völlig reactionslos verhalten, d. h. im chemischen Sinne vollständig indifferent sein,

sie muss frei von der Eigenschaft sein, auf das in ihr enthaltene Mercurialsalz zersetzend einzuwirken, oder durch dessen Gegenwart selbst eine Zersetzung zu erleiden,

es muss dieselbe keine Störungen in der Oekonomie hervorrufen.

Als Injectionsvehikel sind bisher hauptsächlich das Glycerin, der Gummischleim und verschiedene flüssige Fette verwendet worden, und zwar unter den letzteren: das Oliven- und Mandelöl, das Vaselinöl, das Paraffinöl etc.

Was das Glycerin anbelangt, kann dasselbe unmöglich als indifferente Flüssigkeit betrachtet werden und zwar in Folge seiner grosser Affinität zum Wasser. Es rufen deshalb die mit reinem Glycerin ausgeführten Injectionen immer einen ziemlich ausgesprochenen und verhältnissmässig langdauernden Schmerz hervor. Aus diesem Grunde wird das Glycerin zu dem uns interessirenden Zwecke gegenwärtig wohl kaum mehr benutzt.

Die wässerige Lösung von Gummi arabicum im Verhältnisse von 1 zu 120, die allen den oben aufgezählten Desideraten zu entsprechen scheint, wurde recht bald dem Glycerin substituirt, um wiederum mit der Zeit theilweise von den fettigen Vehikeln verdrängt zu werden. Sowohl unter der Haut, respective intramusculär injicirt, als in die Venen eingespritzt, verursacht der

Gummischleim an und für sich weder eine locale Reizung, noch irgend welche Störungen des Allgemeinbefindens.

Die pflanzlichen Fette, wie das Olivenöl und das Mandelöl, verursachen ebenfalls keine localen Irritationen, obwohl an den Injectionsstellen ein leichter Grad von Schmerzhaftigkeit einige Zeit lang zu persistiren pflegt. Ebenso rufen Einspritzungen dieser Flüssigkeiten à 1 Gr. in die Jugularvenen von Katzen keine Störungen im Allgemeinbefinden der letzteren hervor, wie ich mich davon persönlich überzeugen konnte, was auch die seinerzeit von Cohnheim[1]) gemachten Versuche zur Genüge bewiesen haben.

Das Vaselinöl dagegen ist weit entfernt davon, um in dieser Hinsicht den Namen einer indifferenten Flüssigkeit zu verdienen. Die Injectionsstelle an der das Vaselinöl unter die Haut gebracht wird, bleibt längere Zeit schmerzhaft. Eine Pravaz'sche Spritze von Vaselinum liquidum in die Vena jugularis einer Katze injicirt, wurde jedesmal von einer ziemlich erheblichen Allgemeinreaction gefolgt, die sich durch Fieber, Abgeschlagenheit, Appetitverlust des Thieres kundgab und es vergingen gewöhnlich etliche Tage, bis sich letzteres völlig erholt hatte.

Das Bild ändert sich aber, wenn in den genannten Flüssigkeiten ein specifisches Agens enthalten ist, dessen Anwesenheit in den Geweben immer von einer entzündlichen Reaction Seitens dieser letzteren gefolgt wird.

Ausser den eigentlichen Quecksilbersalzen, deren wir uns zu den Injectionen bedienen, muss das regulinische, in öligen Flüssigkeiten, in Form von grauem Oel, fein vertheilte Hydrargyrum ebenfalls in diese Kategorie gestellt werden, da dasselbe sich durchaus nicht so indifferent verhält, als es a priori erscheinen möchte.

In Folge des innigen Contactes zwischen den feinen Quecksilberpartikelchen und dem Fette, kommt es nämlich zur Bildung von fettsauren Mercurialsalzen, deren Anwesenheit in den Geweben ganz ebenso wie bei anderen Quecksilberpräparaten zur Entstehung von localen Reizerscheinungen Seitens derselben Anlass gibt.

Ich übergehe nun, um bereits Bekanntes nicht zu wiederholen, die von der oben erwähnten Reizung abhängigen örtlichen

---

[1]) Cohnheim, Allgemeine Pathologie.

Erscheinungen, wie auch einige passagere Complicationen von geringerem Belange, die manchmal die Injectionen unlöslicher Mercurialsalze zu begleiten pflegen (excessive locale Schmerzhaftigkeit, Erytheme, Störungen gastrischer und nervöser Natur), und wende mich zu der, obwohl wie es scheint, äusserst selten zu Stande kommenden Eventualität: wo die eingespritzte Flüssigkeit direct in eine Vene gelangt, von wo sie vom Blutstrom zum rechten Herzen und weiterhin zu den Lungen getragen wird.

Herr Lesser[1]) citirt eine solche Beobachtung, wo, nach vermuthlichem Eindringen der Injectionsflüssigkeit in die Vene, Symptome eines sicher constatirten Lungeninfarctes zur Entwickelung kamen.

Ich kann ebenfalls von 2 Fällen berichten, in denen nach Injectionen von Hydrarg. oxydat. flavum in Oleo vaselini, bei beiden Patienten, unter mässigem Fieber, physikalisch nachweisbare Dämpfungen an den Lungen aufzuweisen waren, welche erst allmälig im Laufe von einigen Wochen rückgängig wurden, und wobei der allgemeine Verlauf dieser Complication dem von Herrn Lesser angegebenen ziemlich entsprach.

Es schien keinem Zweifel zu unterliegen, dass dergleichen Complicationen Seitens der Lungen mit den Injectionen in Zusammenhang zu bringen waren. Beide Kranken gaben an, nie brustkrank gewesen zu sein, und waren auch keine Symptome irgend eines chronischen Lungenleidens an denselben wahrzunehmen.

Diese Complication sah ich in beiden Fällen nach Einspritzungen einer Mischung von Hydrarg. oxydat. flav., in dem von Frankreich aus empfohlenen Ol. vaselini, zu Stande kommen, welch letzteres Vehikel ich zeitweilig dem habituell von mir benutzten Gummischleim substituirt hatte.

Da mir dergleichen Zwischenfälle vorher nie vorgekommen waren, lag mir schon damals der Gedanke nahe, dass dieselben vielleicht von der Natur und den Eigenschaften der als Vehikel benutzten Flüssigkeit abhängig sein könnten, indem dabei Bedingungen zur Entstehung einer viel intensiveren Reaction gegeben

---

[1]) Lesser, Ueber Nebenwirkungen bei Injectionen unlöslicher Quecksilberverbindungen. — Arch. f. Derm. u. Syph. 1888.

wären, als dieses nach Einspritzung einer leicht mit dem Blute mischbaren Flüssigkeit zu geschehen pflegt, im Falle letztere zufällig in den Blutstrom, respective in die Lungen geräth.

Eine Reihe von Versuchen, die ich in dieser Richtung ausgeführt, scheinen meine letzten Zweifel darüber gehoben zu haben. Ich injicirte direct in die Venae jugulares von Katzen verschiedene, bei der hypodermatischen Syphilistherapie gebräuchliche Injectionsflüssigkeiten. Ausser dem grauen Oele enthielten die übrigen Liquide gelbes Quecksilberoxyd und, um einen mehr ausgesprochenen Wirkungseffect zu haben, wurden von mir zu diesem Zwecke verhältnissmässig grosse Quantitäten derselben den Thieren einverleibt.

Es lassen sich nun die Resultate der genannten Experimentationen folgendermassen resumiren:

1. Injectionen mit Ol. cinereum (Lang), Ol. ciner. benzoïcum (Neisser), riefen in den ersten Tagen nach vollzogener Injection verhältnissmässig umfangreiche, lobuläre Hepatisationen in den Lungen hervor, in welchem Gebiete sich in einer Anzahl von Fällen eine nachträgliche Suppuration und Abscessbildung im Lungengewebe einstellte.

2. Aehnliche Resultate, jedoch in schnellerer Nacheinanderfolge und in grösserem Maasse bewirkten die mit öligen, gelbes Quecksilberoxyd enthaltenden, Flüssigkeiten ausgeführten Instillationen in die Venae jugulares, und zwar benutzte ich zu diesem Zwecke das Oleum olivar. provinc., Oleum amygdalar. dulc., Oleum vaselini, Oleum paraffini.

Die rasche Absorption verhältnissmässig grosser Mengen Quecksilbers Seitens des Organismus und die consecutive allgemeine Hydrargyrose haben ohne Zweifel zur raschen Entwickelung und Ausbreitung des destructiven Processes in den Lungen das Ihrige beigetragen.

Die eingespritzte Quantität einer jeden der aufgezählten Flüssigkeiten betrug eine halbe Pravaz'sche Spritze mit darin enthaltenen 0·02—0·03 des gelben Quecksilberoxyds für eine Injection.

3. Die gewöhnlich von mir gebrauchte Mischung von gelbem Quecksilberoxyd mit Gummischleim, und zwar in denselben Quantitäten und gleichen Dosen, wie oben angeführt wurde, ergab

in den ersten Tagen nach geschehener Injection zahlreiche, disseminirte, miliare Hepatisationsherde, die unregelmässig in verschiedenen Gebieten der Lungen in deren Gewebe zerstreut lagen. Am Ende der ersten Woche fingen dieselben an, regressive Metamorphosen einzugehen, um schliesslich zur Resorption zu gelangen.

Vereiterungen habe ich bei Anwendung der angegebenen Dosis nicht beobachtet, wohl aber bei doppelten Quantitäten des Mittels, wo es alsdann zum Confluiren der einzelnen Herde und zum Zerfall des Lungengewebes kam, wozu die allgemeine vehemente Quecksilberintoxication das Ihrige beigetragen haben mag.

Die beschriebenen anatomisch-pathologischen Ergebnisse finden, meiner Ansicht nach, leicht ihre Erklärung in der Art und Weise, wie die eingespritzte Flüssigkeit sammt dem in derselben suspendirten Agens sich in den Lungen verhält, da das Ol. cinereum und die flüssigen Fette sich nicht gleichmässig in dem Blutstrome vertheilen können, so werden dieselben in Form von grösseren Tropfen in die Lungen getragen und verstopfen hier grössere Aeste der Pulmonalarterie und geben Anlass zu den oben geschilderten umfangreichen Entzündungsvorgängen im Lungengewebe.

Anders ist es mit den in Gummischleim emulgirten Präparaten, da ein solches Injectionsliquid die Fähigkeit besitzt, sich leicht mit dem Blute zu mischen und mit demselben eine mehr oder weniger homogene Flüssigkeit zu bilden. In Folge dessen werden die unlöslichen Partikelchen des Salzes nicht „en masse“ weitergetragen, sondern gelangen disseminirt in die Capillaren verschiedener Lungendistricte. Deswegen trägt auch der nachträglich durch deren Anwesenheit in den Lungen hervorgerufene pathologische Vorgang mehr den Charakter eines capillaren, miliaren Processes, einer weniger eingreifenden, mitten im gesunden Gewebe sich abspielenden und zu Regressivvorgängen, respective Resorption, mehr geneigten Herdentzündung.

Es ist kaum wahrscheinlich, dass medicamentöse Dosen der in öligen Flüssigkeiten suspendirten unlöslichen Mercurialpräparate, wenn dieselben beim Menschen zufällig in das Venensystem ge-

langen, Veränderungen in dem Grade, wie dieselben durch das Experiment erzeugt wurden, hervorzurufen im Stande wären. Es können dieselben jedenfalls zu einer lobulären, mehr oder weniger intensiven Lungenentzündung Anlass geben, wie dieses auch aus den Beobachtungen des Herrn Lesser und den meinigen ersichtlich ist.

Die capilläre Embolie dagegen, die in Form von disseminirten Herden als Begleiterscheinung von zufälligen Einspritzungen ins Venensystem, des gelben Quecksilberoxyds mit Gummischleim aufzutreten pflegt, ruft ebenfalls Veränderungen entzündlichen Charakters im Lungengewebe hervor, doch sind dieselben, im Vergleiche mit den erstbeschriebenen, von weit geringerer Intensität und untergeordneter klinischer Bedeutung.

Ich bin überzeugt, dass in einer Reihe von Fällen, wo gewisse Quantitäten eines in Gummischleim emulgirten unlöslichen Mercurialsalzes in eine Vene zufällig injicirt werden, ein dem letzterwähnten ähnlicher Process sich in den Lungen abspielt, ohne Seitens des aufmerksamsten Arztes vermuthet und physikalisch nachgewiesen zu werden, da derselbe Process mit keinerlei nennenswerthen subjectiven und objectiven Erscheinungen Seitens der Kranken vergesellschaftet ist.

Obwohl dergleichen Complicationen entschieden zu den Seltenheiten gehören und obwohl in eben citirten Beobachtungen die Kranken sich verhältnissmässig rasch von deren Folgen erholt hatten, liegt es jedoch auf der Hand, dergleichen Zwischenfälle unseren Patienten nach Möglichkeit zu ersparen. Bei der Wahl eines richtigen Injectionsvehikels sind wir nun im Stande, unsere Kranken wenn auch nicht vollständig vor denselben zu schützen, so doch die unangenehmen Consequenzen der oben besprochenen Complicationen auf ein Minimum herabzusetzen.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** in Breslau.)

Varia.

1. **Profeta.** Sulla prostituzione. Due conferenze tenute il 10. giugno ed il 9. dicembre 1888. in Palermo. — Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, 1.
2. **Shrady,** George F. The prevalence of prostitution and syphilis in the United States. — The Med. Record, 8. June 1889.
3. **Barduzzi.** Sulla profilassi publica della sifilide in rapporto alla prostituzione. — Riforma med. 1889, Nr. 55—56.
4. **Gamberini.** Ventesimosettimo rapporto politico-clinico della prostituzione in Bologna nel 1888. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, 1.
5. **Andronico** Carmelo. I dispensarî celtici e la nuova legge sulla profilassi e cura delle malattie sifilitiche. — Messina, Tip. Capra e C. 1889. Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, 1.
6. **Hill** Matthew Berkeley. Summary of three lectures on some affections of the genito-urinary organs. — Brit. Med. Journ. Delivered at the royal college of Surgeons of England, 22., 29. Juni, 6. Juli 1889.
7. **Foucart.** Induration des tissus érectiles de la verge. — Société méd. du VI. arrondissement (Séance du 25 mars 1889). La France méd., 9. Mai 1889.
8. **Asmus** Eduard. „Ueber Cornu cutaneum, insbesondere dessen Vorkommen an der Glans penis.“ — Inaug.-Dissertation, Bonn 1888.
9. **Rickets.** Die Circumcision vom dermatologischen Standpunkte. — Cincinnati, Lancet XX., Februar 1888.
10. **Morgan.** Erythro-Melalgia. — Lancet, 5. Januar 1888.
11. **Eve.** Psorospermial Cysts of Ureters. — Lancet, 25. May 1889, pag. 1035.
12. **Van Dugteren und van Walsem.** Mittheilungen aus der Klinik und Poliklinik für Haut- und venerische Geschlechtskrankheiten von Professor Dr. D. van Harem Noman in Amsterdam. (1886 u. 1887.) Haarlem 1889.
13. **Cavendish Bentinck.** Prevalence of venereal disease in the armies during 1888. — Annotation in Lancet, 6. Juli 1889.
14. Prevalence of venereal diseases in the british army during 1888. — Boston med. and. surg. Journ., 8. August 1889.
15. **Andronico.** La prima statistica del Dispensario celtico di Messina. — Messina, Tip. dell Avenire 1889.

16. **Stallard.** History of medicine, and particularly of that of the English schools for the past fifty years. — Nineteenth Annual Meeting of the Med. Society of the State of California. Pacific Med. Journ., May 1889.
17. Referate über polnische Originalaufsätze aus dem Gebiete der Dermatologie und Syphiligraphie 1889.
18. **Pierse.** Case of acute orchitis with alarming constitutional symptoms; rapid recovery. — Lancet, August 1889.
19. **Mannino.** Su talune complicazioni della balano-postite semplice. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, 2.
20. **Ehrmann.** Die Paraphimose und ihre Behandlung. — Internat. klin. Rundschau 1889, 25 ff.
21. **Besnier.** Herpes génital. — Journ. de med. et de chir. prat. 1889.
22. **Reclus.** Leukoplakie und Cancroide der Mund- und Vaginalschleimhaut. — Gaz. des hôpit. 1888, 28. Juni.
23. **Peyer** Alexander. Asthma und Geschlechtskrankheiten (Asthma sexuale). — Berliner Klinik, März-Heft 1889.

Profeta (1) vertheidigt das alte italienische Prostitutionsreglement und sucht die Argumente, welche gegen dasselbe und für die Freigebung der Prostitution in Italien ins Feld geführt wurden, zu widerlegen. Jenen, welche behaupten, dass der Staat dadurch, dass er die Prostitution durch gesetzliche Bestimmungen zu regeln suche, das Laster sanctionire und gesetzlich erkläre, entgegnet Profeta, dass es sich da nicht um Sanctionirung, sondern blos um Duldung und Ueberwachung des Lasters von Seiten des Staates handle, damit es nicht auf Kosten der Sicherheit, der Moral und des öffentlichen Wohles überhandnehme. Das Argument, dass durch das alte Reglement das Gleichheitsprincip verletzt worden sei, indem nur die Weiber überwacht, die Männer dagegen gar nicht behelligt wurden, könne unmöglich ernst genommen werden, denn es bestehe ein grosser Unterschied zwischen der Verbreitung der venerischen Krankheiten durch die Prostituirte und durch den Mann. Warum solle man das inficirte Weib das Contagium weiterverbreiten und die Gesellschaft und das öffentliche Wohl schädigen lassen? Wenn gesagt werde, dass das Prostitutionsreglement die Freiheit schädige, da es dem Weibe verbiete, ein Gewerbe frei auszuüben, so sei dies nicht richtig, denn das Reglement verbiete nicht das Gewerbe, sondern es sorge nur dafür, dass dieses Gewerbe nicht der Gesellschaft verderblich werde. Man behaupte, dass die Zahl der überwachten Prostituirten gegenüber jener der heimlichen verschwindend klein sei. Dies habe seine Richtigkeit; aber sollen wir, da wir nicht alle Prostituirten überwachen können, zugeben, dass die Zahl der heimlichen sich vermehre? Sollen wir nicht viel mehr trachten, in den Kreis der Ueberwachung auch jene Dirnen zu ziehen, welche sich bisher der Aufsicht entzogen haben? Profeta schliesst damit, dass der Staat die Pflicht habe, durch Erlassung und Handhabung strenger Aufsichtsvorschriften die Gesellschaft vor Erkrankungen zu schützen, namentlich vor jenen, welche, wie die Syphilis, ihren verderblichen Einfluss bis auf die Nachkommenschaft geltend machen; der Staat müsse trachten, die Ursachen der Prostitution zu treffen. Diese Ursachen seien hauptsächlich im Pauperismus zu suchen, welcher die Bevölkerung Italiens bedrückt.

Dornig.

Shrady (2) erwidert auf die Angaben, welche Reuss in seinem Werk „Die Prostitution vom sanitären und administrativen Gesichtspunkt aus“ über die Zunahme der Syphilis und Prostitution in den Vereinigten Staaten gemacht hat, dass in den letzteren die Anzahl der Prostituirten geringer sei, als in Europa. Dies spreche dagegen, dass von behördlichen Massregeln gegen die Ausdehnung der Prostitution und der Syphilis,

wie sie Reuss wünscht, etwas zu erhoffen sei. Die Syphilis als Epidemie befinde sich in fast allen civilisirten Staaten im Stadium der Abnahme. Sie sei nicht mehr so maligne und infectiös, wie sie früher war. In Frankreich z. B. und Paris nehme die Virulenz der Krankheit ab, obgleich die Häufigkeit des Ulcus durum im Vergleiche zum molle, trotz der verhältnissmässig guten Regelung der Prostitution viel grösser sei, als in anderen Ländern. Zeising.

Barduzzi (3) gibt in der Einleitung seiner Studie über die Prophylaxis der Syphilis dem Wunsche Ausdruck, dass die Prostitution, welche eine Nothwendigkeit und ein natürliches Bedürfniss der Gesellschaft sei, von den Vertretern der socialen Wissenschaften zum Gegenstande eingehenderer Studien gemacht werde, als es bisher der Fall war. In einem gedrängten historischen Rückblick bemerkt Barduzzi, dass die Prostitution, welche im alten Rom strenge überwacht und geregelt war, vom Christenthum freigegeben und jeglichen Zwanges entledigt wurde. Im Anfange dieses Jahrhunderts sei an die Stelle der Vexationen und der verschiedenen gegen die Prostitution gerichteten coërcitiven Massregeln, welche im Mittelalter geübt wurden, das Princip des reglementmässigen Zwanges aufgekommen. In Italien datirte das jüngst aufgehobene Prostitutionsreglement seit dem Jahre 1860. Während nun nach Einführung dieses Reglements die überwachte Prostitution abnahm, die Zahl der Bordelle und der eingeschriebenen Prostituirten geringer wurden, breitete sich die heimliche Prostitution in erschreckender Weise aus. Barduzzi machte während seiner mehrjährigen Praxis in den „Sifilicomî“ (Specialkrankenhäuser für Prostituirte) zu Livorno und Pisa die Erfahrung, dass die Zahl der unter Controle stehenden erkrankten Prostituirten immer mehr abnahm, und dass namentlich Syphilisformen bei ihnen sehr selten waren, während sie unter den heimlichen Prostituirten häufig angetroffen wurden. Das alte Reglement habe in moralischer Beziehung vielfachen Schaden angerichtet; so seien z. B. durch den Uebereifer der Sicherheitsorgane nicht selten ehrbare Frauen in die „Sifilicomî“ eingesperrt worden; gegen die Winkelprostitution sei das Gesetz vollkommen machtlos gewesen. Die Abschaffung des Reglements vom Jahre 1860 bedeutet nach der Ansicht Barduzzi's einen grossen Fortschritt in der Bekämpfung der Syphilis. Schliesslich plaidirt Verfasser noch für die Aufhebung der Bordelle, welche nach dem neuen Reglement fortbestehen sollen. — Wie die Aufhebung strenger Aufsichts- und Controlvorschriften, welche das neue Sanitätsgesetz in Italien verfügt, der Bekämpfung der Syphilis förderlich sein soll, ist schwer einzusehen. Dornig.

Aus dem Berichte Gamberini's (4) entnehmen wir, dass in der Zeit vom 1. Januar bis 31. August 1888 im „Sifilicomio di S. Orsola“ in Bologna 107 Prostituirte behandelt wurden, und zwar an blennorrhagischen Formen 10, an venerischen Helkosen 68, an Syphilis 15, an nicht specifischen Krankheiten 14. Dornig.

Andronico (5) schliesst sich jenen italienischen Syphilidologen an, welche den im neuen italienischen Sanitätsgesetze enthaltenen, die Prostitution betreffenden Bestimmungen ihre volle Zustimmung geben. Damit erklärt er sich als Gegner der Unterwerfung der Prostitution unter die directe Oberaufsicht des Staates. Dornig.

In dem ersten Theil seines Aufsatzes beschreibt Hill (6) zunächst die Dimensionen der normalen Harnröhre. Die Ausdehnungsfähigkeit variirt an verschiedenen Stellen des Canals, am grössten ist sie in der Pars prostatica, wo der Umfang 50—60 Mm. beträgt. An der Oeffnung im Ligamentum triangulare ist er gewöhnlich 30 Mm., am Bulbus 50, in der Portio penilis

nur 30 Mm. Das Orificium externum hat gewöhnlich 25 Mm. im Umfang. Durch das Endoskop gesehen, ist die Farbe der Urethra blassroth oder blauroth, vergleichbar der Farbe der Wangenschleimhaut. Die krankhaften Veränderungen der Urethra, welche nach einfachen katarrhalischen Affectionen hinterbleiben, theilt Hill in vier Classen: 1. Oberflächliche, granuläre Induration der Schleimhaut. 2. Entzündung der Drüsen und Lacunen. 3. Zonen von tiefer dringender Induration mit Proliferation von Zellen und Umwandlung der Schleimhaut in fibröses Gewebe. 4. Ausbreitung des fibrösen Gewebes bis in die Submucosa und das erectile Gewebe. Die verschiedenen Formen der Entzündungen treten nicht selten neben einander auf. Der Verlust des Epithels führt oft zu Erosionen, aus welchen sich nicht selten Granulationszonen entwickeln, die von adhärentem Eiter bedeckt sind und unregelmässige Flecken von blassem, fibrösem Gewebe hinterlassen, aus denen die sogenannten „bridle strictures“ entstehen. Diese Stricturen sind meist permanent, nur selten verschwinden sie. Dagegen verschwinden die einfachen Erosionen leicht, ohne die Elasticität der Harnröhre zu beeinträchtigen. Wenn der Katarrh verschwindet, ist die Schleimhaut oft blasser als zuvor oder zeigt braune Pigmentflecke. Die blassen Flecke sind von weiten Blutgefässen überzogen. Die Drüsen und Lacunen sind zuerst als rothe Punkte, umgeben von einer weissen Zone, sichtbar. Die Ausführungsgänge selbst erscheinen als Depressionen mit gelbem Pus. Allmälig sieht man nur noch eine geröthete Stelle. Den tiefer sitzenden Entzündungen ist ihre scharfe Begrenzung eigenthümlich. Sie erscheinen als kleine isolirte Knötchen. Später werden diese indurirten Stellen unregelmässig, das Lumen der Harnröhre buchtig und gewölbt. Eine Resorption der Knoten geschieht nur selten, gewöhnlich geben sie zu festen Stricturen Anlass. Was die Symptome der Urethritis chronica betrifft, so sieht man gewöhnlich ein Tröpfchen einer milchigen, weissen, schleimig-eiterigen Flüssigkeit am Orificium externum oder einige Flocken oder Fetzen im Urin. Dieselben entstehen meist aus Granulationsstellen von der Pars bulbosa oder prostatica urethrae und kehren immer wieder bei Diätfehlern und Unterbrechung der Behandlung. So lange sich Ausfluss aus den Krypten und Ausführungsgängen der Drüsen entleert, ist er infectiös. Die Stellen, wo Granulationen oder Indurationen bei der Sondenuntersuchung gewöhnlich angetroffen werden, sind in der Pars bulbosa oder 3 Zoll vom Anfang entfernt. Was die Behandlung der Urethritis chronica betrifft, so wurden die verschiedenen therapeutischen Methoden bei 110 geeigneten Fällen verglichen. In 35 von diesen war nur eine Strictur, in 75 mehr als eine vorhanden. Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt 2½ Monat. 50 Kranke wurden mit „Soluble bougies containing various drugs in amalgamation“ behandelt. Im Durchschnitt wurden 12 Bougies bei einem Patienten eingeführt, in einem Falle waren 48 nothwendig. In 10 Fällen wurde völlige Heilung erzielt. 2 wurden mit Ratanhia, 1 mit Zinnsulfat + Belladonna, 4 mit Chlorzink + Belladonna, 3 mit Clorzink allein behandelt. Thallin in Bougieform wurde in 9 Fällen versucht. 1 wurde geheilt, 4 verschlechtert, 1 etwas gebessert, 4 unbeeinflusst. Jodoformbougies wurden nicht angewendet, da sie ja, wie bekannt, nützlich sind bei chronischer und ohne Wirkung bei acuter Urethritis. Permanganat von Zink, Hill von Dr. Alder Smith, von Christ's Hospital, zuerst empfohlen, wurde in 70 Fällen gebraucht; 10 wurden damit geheilt, 54 bedeutend gebessert, 4 blieben unbeeinflusst, bei 2 trat Verschlimmerung ein. Seine Anwendung zeichnet sich aus durch die Abwesenheit jeglicher Reizung. Es wurde in einer Lösung von 1 Gran auf 8 Unzen destillirten Wassers angewandt. Die Sulfate von Zink, Alaun, Kupfer und Eisen sind am wirksamsten in den späteren Stadien des Trippers. Sie scheinen leicht absorbirt

zu werden und dringen tief in das entzündete Gewebe ein. Die Alaun- und Zinksalze scheinen sich chemisch mit dem Ausfluss zu verbinden, ohne tief in die Mucosa einzudringen. Kupfersulfat andererseits dringt tiefer und darf nicht in concentrirter Lösung angewendet werden, da es Schorfe verursacht, die Narben nachträglich hinterlassen. Dies wurde vermittelst des Endoskops festgestellt. Eisensulfat ist ohne grossen Werth. 25 Fälle wurden mit den vier Sulfaten zusammen behandelt in folgender Lösung; Zinc. sulf. 30—40 Gran Alumen sulf. 30—40 Gran, Ferrum sulf. 20 Gran, Cuprum sulf. 2 Gran, Aq. destill. 8 Unzen. Bei 8 war es das dritte angewandte Mittel, 4 wurden geheilt, bei 4 keine Wirkung. Von 4, von denen es das erst gebrauchte Mittel war, wurden zwei geheilt, zwei unbeeinflusst. Die anderen wurden auf andere Weise geheilt. Argentum nitricum wurde in Form der Instillationen direct auf die kranke Schleimhautpartie applicirt, ohne irgend welche Reizwirkung zu entfalten. Manchmal wirkte es nach ein bis zwei Tagen, oft musste die Behandlung jeden dritten oder vierten Tag wiederholt werden, bis die Granulationen verschwunden waren. Waren Indurationen der Submucosa vorhanden, so wurde den Instillationen die Einführung von Bougies vorausgeschickt. Wismuthnitrat wirkte nur als Adstringens, in einigen Fällen gut, in anderen überhaupt nicht. Chlorzink brachte in 17 von 43 Fällen die Erscheinungen zum Schwinden, bei 3 anderen wurden die Beschwerden verringert. Extractum belladonnae und Opii wurden lange Zeit von Hill als Sedativa angewandt, der Erfolg war nur ein mässiger, während Cocaïn in 5—10 Procent sich als Anästheticum bewährte und nicht nur, den Injectionen vorausgeschickt, schmerzhafte Einspritzungen gestattete, sondern auch bei acutem Tripper den Harndrang milderte. Bei Behandlung der Stricturen spricht sich Hill mehr für das gewaltsame Dehnen (to split) als für allmälige Dilatation (to stretch) aus. Die Therapie des Prostatakatarrhs, dessen Symptome genau beschrieben werden, wird am besten mit Localätzungen mittelst Argentum nitricum ausgeübt; gelegentlich haben sich auch Cubeben, Sandelholzöl und Copaiva nützlich erwiesen. Für die Behandlung der chronischen Prostatitis empfiehlt sich zuerst die Beseitigung der Dyspepsie; dazu dient die Nux vomica oder das Strychnin in Verbindung mit Eisen. Besteht Harndrang des Nachts, so erweist sich Belladonna als Zusatz zu den Tonicis nützlich. Local leisten kalte Sitzbäder von 1—2 Minuten Dauer oder kalte Douchen auf das Perineum gute Dienste; desgleichen Instillationen mit Argentum nitricum. Masturbation ist eine häufige Ursache der Prostatitis, manchmal in der acuten, öfter in der subacuten oder chronischen Form. Dabei blutet die Prostata leicht; der Urin ist blutig tingirt, manchmal kaffeefarben. Per rectum untersucht, erscheint das Organ nur wenig gegen die Norm verändert. Auch Excesse in venere können Prostatablutungen verursachen. Das Allgemeinbefinden ist in beiden Fällen gestört. Das Fluidextract von Salix nigra, dreimal täglich eine Drachme, erweist sich in beiden Affectionen von guter Wirkung. Personen, welche an Prostata-Congestionen gelitten haben, neigen zu allzu schnellen Ejaculationen beim Coitus. Dadurch wird oft ein regelrechter Coitus unmöglich. Für solche Fälle hat das Fluidextract von Damiana manchmal guten Erfolg; jedoch nur wenn sich die Patienten von Ausschweifungen fern halten. Sonst sind die Folgen geradezu hoffnungslos. Auch tuberculöse Erkrankungen schliessen sich der Gonorrhöe häufig an. Die ersten Symptome bestehen in Blasenreizungen, häufigen Pollutionen und Schmerzen im Perineum und Kreuz. Nach einiger Zeit ist die Consistenz der Prostata vermindert; der Finger im Rectum fühlt die Form irregulär. Es entwickelt sich starke Cystitis. Der Urin enthält eiteriges und blutiges Sediment, sowie Albumen in beträchtlicher Quantität. Daran schliesst sich meist eine septische Entzündung der Ureteren und der Nieren und der Patient geht

marastisch zu Grunde, oft an acuter Miliartuberculose. Das Alter der Kranken schwankt zwischen 19 und 40 Jahren. In den ersten Stadien der Prostatatuberculose soll der Katarrh behandelt werden, daneben roborirende Allgemeinbehandlung. Im späteren Stadium empfehlen sich Ausspülungen der Blase und Urethra mit Lösungen von Chininum sulfuricum oder Borsäurelösungen oder Jodoformemulsionen (Jodoform 2, Mucilago 4, Glycerin 2 und Wasser 20 Theile). Die Sectio perinealis wird durch die Jodoformemulsionen oft entbehrlich. Den Schluss der sehr lehrreichen Aufsätze Hill's bildet die Beschreibung des Grünfeld'schen und Leiter'schen Endoskops und des Nize-Leiter'schen Cystoskops. Ledermann.

Foucart (7) hat bei einem arthritischen Individuum eine knorpelharte Induration des Corpus cavernosum penis nahe der Wurzel des Gliedes, an der Oberfläche desselben beobachtet. Dieselbe stört zwar nicht die Urinentleerung, verursacht jedoch heftige Schmerzen bei der Erection, die zu einer rechtsconvexen Krümmung des Gliedes führt und somit den Coitus ausserordentlich erschwert. Foucart bringt diese Induration, nach Ausschluss aller anderen Ursachen, mit der gichtischen Diathese des Kranken in Zusammenhang und stellt sie in eine Parallele mit der Retraction der Palmaraponeurose, welche bei Arthritis urica beobachtet wird.

Ledermann.

Den aus der Literatur zusammengestellten 14 Beobachtungen von Cornu humanum der männlichen Genitalien, speciell der Glans penis (gegenüber etwa 200 Fällen, in denen die Neubildung anderweitig localisirt war) vermag Asmus (8) eine neue, aus der Doutrelepont'schen Klinik stammende, anzureihen. Auch 2 Fälle von Cornu cutaneum des Gesichtes wurden untersucht. Bei dem ersten Patienten hatte sich das Horn bei bestehender Phimose gebildet (bei 8 von 15 lag diese Complication vor), die nach Asmus wahrscheinlich nicht sehr hochgradig gewesen sei; mangelhafte Reinlichkeit, möglicher Weise auch eine Infection hätten wohl die Papillome und das Horn hervorgerufen. Bei der mikroskopischen Untersuchung (Längsschnitt) erwiesen sich die normalen Epidermisschichten beträchtlich verbreitert; die Epithelzapfen sind um das Sechs- bis Zehnfache länger, wie gewöhnlich. Die zwischen denselben liegenden Papillen sind entsprechend verlängert und verschmälert. Die über den Papillen gelagerten verhornten Zellen zeichnen sich an den Pikrocarminpräparaten durch stärkere Färbung der Zellkerne aus. Besonders auffallende Menge Eleïdin in sämmtlichen Präparaten constatirbar. Eine genauere Wiedergabe der bei Untersuchung der anderweitig localisirten Hauthörner erhobenen Befunde ist hier nicht angängig. Hinsichtlich der Frage nach der Natur und der Entstehung der fraglichen Hautgebilde glaubt der Verfasser, auf Grund der einschlägigen Literatur, die untersuchten Fälle von Cornu cutaneum in eine der von Unna beliebten drei Classen (Fibrokeratome, Keratosen und Kerato-Epidermidome) einreihen zu sollen und dieses mit Berücksichtigung des klinischen Entstehungsbildes und des mikroskopischen Befundes zu begründen. Darnach gehöre das hier beobachtete Cornu cutaneum glandis penis, complicirt mit spitzen Condylomen, zur Classe der Kerato-Epidermidome: genetisch zwar sehr ähnlich mit dem Pick'schen Falle (dieses Archiv 1875, pag. 315) weiche das mikroskopische Bild von demselben beträchtlich ab und lehne sich mehr an den Typus des Epithelioms an. Hinsichtlich der Aetiologie sei wohl mutatis mutandis die Pick'sche Erklärung auch für die anderen Fälle zutreffend, wenn auch bei dem neubeschriebenen Falle, wo bei bestehender Phimose das Horn sich bilden konnte (von den oben erwähnten 8 Fällen entstand siebenmal erst nach der Phimosenoperation die Hornbildung), eine Ausnahme zu verzeichnen sei. Eine Aufklärung der Ursache des Verhornungsprocesses

sei bis jetzt noch nicht gewonnen und wohl, wie Auspitz dies bereits hervorgehoben (dieses Archiv 1870, pag. 57), erst dann zu erlangen, wenn die Lehre von der physiologischen Bildung des Epithels ihre Erledigung gefunden habe. Dann werde wohl auch das pathologische Verhältniss zwischen Epithel und Stroma aufhören ein Räthsel zu sein. Nach Abschluss seiner Arbeit wurden dem Verfasser noch fünf weitere Fälle von Cornu cutaneum glandis penis bekannt (Brinton John. The Med. News, 6. August 1887, Philadelphia, und Baldwin, J. F., Med. News, 18. October 1887, Philadelphia) bei zweien derselben handelte es sich um congenitale Phimose und bei einem um erworbene Phimose nach Gonorrhöe. Max Bender.

Rickets (9) empfiehlt die Circumcision: 1. Zur Vorbeugung infectiöser Krankheiten. 2. Wegen der Neigung zu Hautkrankheiten in Folge Ansammlung von Smegma. Er empfiehlt sie demgemäss bei Eczem, hartem und weichem Schanker des Präputiums, bei malignen Geschwülsten etc., bei unsauberen Personen, bei Kindern mit cerebraler Reizung, Hysteroepilepsie, chronischen Krämpfen und Idioten.

Das zuerst von Weir Mitchell beschriebene, mit dem Namen „Erythro-Melalgia" bezeichnete Leiden, zu dem Morgan (10) eine Anzahl casuistischer Beiträge liefert und das im Wesentlichen in Schmerz, Röthung und Schwellung an irgend einer Stelle, besonders der unteren Extremitäten besteht, interessirt uns an dieser Stelle nur darum, weil Morgan unter den Ursachen des von ihm für eine Perineuritis gehaltenen eigenartigen und wohl noch nicht ganz genau von ähnlichen Zuständen abgrenzbaren Symptomencomplexes auch Lues und Gonorrhöe (unter der Rubrik „toxische Schädlichkeiten") aufführt. Der eine der Morgan'schen Patienten erkrankte in der That nach einer sehr heftigen Gonorrhöe mit lebhaften Schmerzen in beiden Füssen, unter Röthung und Schwellung derselben und wurde — nach mannigfachen und vergeblichen therapeutischen Versuchen — erst durch Injectionen von Morphium und Atropin geheilt. Jadassohn.

In der Pathological Society of London zeigte Eve (11) ein Paar Uretheren, deren obere Abschnitte mit hanfkorngrossen Cysten besetzt waren, welche milchigen Inhalt bargen. Mikroskopische Schnitte liessen Cysten verschiedener Grösse erkennen, mit colloidem Inhalt, in welchem viele ovoide Körper enthalten waren, die nach Form und Grösse Pseudo-Navicellen entsprachen. Das Präparat stammt von einer 51jährigen Frau, die plötzlich von Hämaturie mit schmerzhaftem Harndrang befallen wurde. Am 17. Tage nach der plötzlichen Erkrankung trat der Tod an Anämie und Erschöpfung ein. Nieren und Blase waren gesund. Das Vorkommen von Psorospermien beim Menschen war bisher nur von den Nierenkapseln und der Leber bekannt; bei Hausthieren wäre es eine häufige Erscheinung. Arning.

Van Dugteren und van Walsem (12). Aus dem Jahresbericht über die Amsterdamer, unter der Leitung van Haren Noman stehende Klinik, in welchem sehr ausführlich eine ganze Anzahl allgemein interessanter Fragen besprochen wird, kann hier natürlich nur das Wesentlichste angeführt werden. Es wurden in den Jahren 1886 und 1887 im Ganzen 1026 Männer, 367 Frauen und 92 Kinder wegen venerischer Leiden behandelt. Auffallend ist die relativ grosse Zahl der gonorrhoisch inficirten Kinder — Gonococcen wurden in jedem Falle constatirt — sowie auch die der congenitalen Lues (80 Fälle in 2 Jahren!), während Lues acquisita nur dreimal notirt wurde (ein Schanker an der Tonsille eines Kindes, dessen Vater luetisch war; Infectionsmodus unbekannt). Sehr gross ist ferner die Zahl der extragenitalen Infectionen: im Ganzen 25 Fälle = 10 Procent, und

zwar bei Männern 4 Procent, bei Weibern circa 15 Procent. Die Krankengeschichten der extragenital inficirten Patienten werden ausführlich wiedergegeben und aus ihnen der Schluss gezogen, dass der Verlauf im Allgemeinen ein relativ schwererer, als bei sexueller Infection ist. Die Verfasser suchen diese Thatsache mit der Annahme zu erklären, dass — wie im Allgemeinen die Intensität der Lues abgenommen hat in Folge der fast bei jedem Menschen zu präsumirenden in der Reihe seiner Vorfahren einmal stattgehabten Durchseuchung — so die Genitalien speciell, der häufigste Eingangsort des syphilitischen Virus; gegen die primären Erscheinungen der Lues gleichsam theilweise immun geworden seien. Dadurch wird zwar nicht die Grösse und Art des Primäraffects modificirt, wohl aber die Intensität der Allgemeinerscheinungen; werden aber andere Stellen — die nicht local durchseucht sind — betroffen, so macht sich dieser — die Intensität des Virus mildernde — Einfluss nicht geltend. Wie weit eine derartige Anschauung theoretisch haltbar und durch die Erfahrung genügend gestützt ist, das zu erörtern ist hier nicht der Ort. — Unter den 372 Fällen von Lues bei Frauen und bei Kindern sind höchstens 131 Fälle von „Syphilis non meritée“ (im Sinne Fournier's); d. s. 35 Procent (im Gegensatz zu 24 Procent bei Fournier; die letztere Ziffer auch nach der Meinung der Verfasser, wohl den thatsächlichen Verhältnissen mehr entsprechend). Die therapeutischen Ausführungen der Autoren beschäftigen sich zunächst mit der Excisionsfrage; nach ihrer Ansicht kann die Excision — so weit unsere Kenntnisse bis jetzt reichen und auf Grund eigener Erfahrungen — die Syphilis nicht coupiren — denn die Lymphgefässe und Drüsen werden sehr frühzeitig inficirt; sobald die Diagnose sicher ist, ist auch die Infection schon so weit vorgeschritten, dass von einer Entfernung aller Bacillen keine Rede mehr sein kann; selbst Erfolge der Excision beweisen nichts bei der Unsicherheit der Diagnose des Ulcus durum; vor der Entscheidung der Bacillenfrage ist auch die Excisionsfrage nicht definitiv zu erledigen; zur Behandlung des Primäraffectes ist die chirurgische Entfernung in manchen Fällen wohl zu empfehlen; sonst die gewöhnliche medicamentöse Therapie. Die Allgemeinbehandlung wird in Amsterdam erst nach dem Auftreten der Allgemeinerscheinungen begonnen und 3 bis 4 Jahre nach Fournier's Princip — auch ohne das Auftreten von Recidiven fortgeführt; zu den milderen Curen wird mit Vorliebe Hg innerlich (besonders das Protojoduret, Sublimat, Hg. oxydul. tannic., bei Kindern Calomel) angewendet; Inunctionen — in der Normaldosis von 30 — werden von den Patienten selbst gemacht (nur auf Grund äusserer Verhältnisse?). — Der reichlichste Gebrauch wird — aus bekannten und oft wiederholten Gründen — in der Poliklinik von Injectionen ungelöster Präparate, besonders des Calomelöls gemacht; in den Bemerkungen über diese Therapie findet sich nichts wesentlich Neues; — nur wird noch immer von Abscessen (4·5 Procent), als von Folgen einer Infection gesprochen, während doch gerade der absolute Mangel von Abscessbildung bei den jetzt mehr gebrauchten Präparaten (Salicyl- und Thymol-Hg) den besten Beweis dafür liefert, dass die „Calomelabscesse“ durch die chemisch reizende Wirkung des Präparates bedingt waren; dass auch bei dieser Anschauung die Bedeutung der Injectionstechnik nicht geschmälert wird, ist selbstverständlich. Jodkali wird in der von Harem-Noman'schen Poliklinik nach jeder Hg-Cur verordnet.

Jadassohn.

Cavendish Bentinck (13) hat eine Statistik der venerischen Erkrankungen in der englischen Armee veranlasst. Es ergaben sich unter 1000 Mann über 200 venerisch Kranke; die Durchschnittsziffer betrug 224; hiervon waren 93 Fälle Genitalgeschwüre, 40 Fälle constitutionelle Syphilis und 91 Fälle Gonorrhöe. In den einzelnen Districten differirten die Zahlen sehr, namentlich diejenigen der Geschwüre und der Gonorrhöe — so in

Portsmouth 170 Geschwüre und 132 Gonorrhöen, in Curragh 55 Geschwüre und 57 Gonorrhöen, in Maidstone war kein Geschwür verzeichnet, und nur 46 Gonorrhöen. Die Zahl der constitutionellen Syphilisfälle blieb annähernd gleich. Friedheim.

(14) Von 1000 kranken Soldaten „in the United Kingdom“ litten im Jahre 1888: 93·2 an Primärsyphilis, 40·2 an Secundärerscheinungen und 91·1 an Gonorrhöe, d. h. von 1000 Mann wurden 224·6 während des Jahres den Lazarethen wegen sexueller Leiden zugewiesen. Die höchste Zahl wies Portsmouth aus, wo auf 1000 Mann 130 Primärsyphilitische und 132 Tripperkranke gezählt wurden. Dann folgen Devonport und Plymouth mit 134 Lues- und 109 Gonorrhöekranken auf 1000. Windsor zählt nur 104 der ersten Art und 90 der zweiten auf 1000. Shomcliffe und Colchester haben je 97 Syphilitische und 56, beziehungsweise 107 Gonorrhoiker. Noch kleinere Zahlen weisen Winchester, Canterbury, Cork, Curragh, auf. Maidstone hat gar keine Lues und nur 46 Gonorrhöefälle auf 1000 Kranke. Ledermann.

Andronico (15) veröffentlicht den ersten Bericht der in Ausführung der neuen italienischen Sanitätsgesetze errichteten staatlichen Ordinationsanstalt für Geschlechtskranke (Dispensario cettico) in Messina und sucht auf Grund der Statistik des „Dispensario“ und der statistischen Ausweise des Militärlazarethes von Messina zu beweisen, dass durch die Aufhebung des strengen Prostitutions-Reglements, welches in Italien bis zum 1. August 1888 Gesetzeskraft hatte, die Ausbreitung der venerischen Krankheiten und der Syphilis nicht zugenommen habe. Im ersten Semester des Jahres 1889 wurden im „Dispensario“ 130 Kranke (47 Männer und 83 Weiber) ambulatorisch behandelt, eine Ziffer, die zu der Einwohnerzahl von Messina (über 100.000 Seelen) in keinem richtigen Verhältniss steht. Unter der Garnison weist zwar der Bericht vom ersten Semester d. J. eine Abnahme der venerischen Erkrankungen überhaupt gegen die gleiche Zeitperiode des Vorjahres auf (69 gegen 82), doch betrifft die Abnahme nur die Erkrankungen an Blennorrhagieen und an weichen Schankergeschwüren (61 gegen 81), während gerade bei der Syphilis eine Zunahme der Erkrankungen gegenüber dem Vorjahre zu verzeichnen ist (8 gegen 1). Andronico sucht nun den Beweis zu führen, dass diese Zunahme der Syphilisfälle unter der Garnison von Messina mit der Aufhebung des alten Prostitutions-Reglements in keinem Zusammenhang stehe. Wir müssen gestehen, dass wir durch seine Argumente nicht überzeugt wurden. Dornig.

In seinem Vortrage über die Geschichte der Medicin mit besonderer Berücksichtigung der englischen Schulen berichtet Stallard (16) über die Entwicklung der Syphilis in den letzten fünfzig Jahren Folgendes: Im Jahre 1842 verbreitete Vincenz von St. Bartholomä die Maximen der Hunter'schen Schule. Er war ein abgesagter Feind des Quecksilbers. Jede Affection an den Genitalien wurde damals für syphilitisch gehalten und jeder Patient mit einer solchen Affection einer intensiven und prolongirten Mercurbehandlung unterworfen. Ich habe, sagt Stallard, die grässlichsten Folgen dieser Methode mit eigenen Augen gesehen. Die Gesundheit schwächlicher Personen wurde dadurch für immer ruinirt. Personen lagen oft monatelang an „Mercurialtremor“ darnieder. Lawrence lehrte im Wesentlichen dieselben Grundsätze, aber er rechnete wenigstens manche Nekrosen an der Nase und anderen Stellen dem Quecksilbermissbrauch zu. Damals sind keine tieferen Folgezustände der Syphilis bekannt gewesen, auch waren viele Erscheinungsformen der hereditären Syphilis unbekannt. Wir kannten, fährt Stallard fort, nichts von syphilitischen Affectionen der Cornea, Chorioidea, der Leber, des Magens, der Arterien, des Gehirns und Rückenmarks.

„In der That die wahre Aetiologie und Erkenntniss der Lues ist eine Errungenschaft der neuesten Beobachtung.“ Ledermann.

K. Szadek (17) resumirt seine diesbezüglichen Erfahrungen folgendermassen: 1. Es kann das Jodol als bequemes und keine unangenehmen Nebenwirkungen äusserndes Mittel in vielen Fällen den anderen Jodverbindungen (Jodoform, Jodkali) substituirt werden. 2. Es bezieht sich das Gesagte hauptsächlich auf die äusserliche Anwendung dieses Mittels bei tertiär-syphilitischen Ulcerationen, unter dessen Einflusse sich dieselben rasch reinigen und vernarben. 3. Schwächer als das Jodoform äussert das Jodol seine Wirkung bei der Behandlung venerischer Geschwüre (Helkosen) und obwohl es wegen seiner Geruchlosigkeit viel vortheilhafter als letzteres, besonders in der Privatpraxis, seine Anwendung findet, muss es in Folge dessen nur bei milder verlaufenden Fällen von Ulcera mollia dem Jodoform vorgezogen werden. 4. In vielen Fällen von tertiärer Lues, kann das Jodol mit gleichem Vortheile als das Jodkali innerlich verordnet werden, und zwar in veralteten Casus, bei denen eine mehr langdauernde als eine recht energische Wirkung wünschenswerth erscheint. v. W.

Pierse (18) berichtet von einem 15jährigen Knaben, der unter acut fieberhaften Anzeichen, Temperaturerhöhung, Appetitlosigkeit, allgemeiner Abgeschlagenheit an einer Schwellung des rechten Hodens erkrankt. Der Knabe wurde bewusstlos und delirirte. Nach localer Application von belladonnahaltigen Einreibungsmitteln und unter örtlicher Anwendung von feuchter Wärme, sowie bei innerlicher Darreichung von Tinct. hyoscyami, Magnes. sulf. u. s. f. besserte sich das Befinden des Knaben auffallend rasch. Das Bewusstsein kehrte wieder; er wurde fieberlos, und nach einigen weiteren Tagen war die Hodenschwellung geschwunden. Friedheim.

Mannino (19) bot sich wiederholt die Gelegenheit, Fälle von Balano-Posthitis zu beobachten, welche sich in ihrem Verlaufe mit anderen, wie er glaubt, bisher von keinem Autor erwähnten krankhaften Erscheinungen complicirten. Es waren dies erstens harte Schwellungen der Leistendrüsen, ähnlich jenen, welche dem syphilitischen Primäraffecte auf dem Fusse folgen. Der Verdacht, dass es sich dabei um eine superficielle diffuse syphilitische Initialmanifestation am inneren Blatte der Vorhaut und am Integument der Glans handeln würde, und dass auf diese die Schwellung der Iuguinaldrüsen zurückzuführen wäre, wurde durch den weiteren Verlauf beseitigt: mit der Heilung der Balano-Posthitis reducirten sich die Leistendrüsen auf ihre normale Grösse, die Drüsen der übrigen Körperregionen blieben gänzlich unbetheiligt, und ebensowenig kam es zur Entwickelung anderer luetischer Allgemeinerscheinungen. Zweitens beobachtete Mannino, dass eine einfache Balano-Posthitis von mässiger Intensität zur Entwickelung von Geschwüren führen könne, welche den Charakter eines Ulcus molle und später, namentlich bei Vernachlässigung des Zustandes, jenen eines syphilitischen Primäraffectes annehmen können; die Täuschung ist eine noch vollkommenere, wenn sich ein- oder beiderseitige Leistendrüsenschwellung hinzugesellt. Das Ausbleiben syphilitischer Allgemeinerscheinungen bewahrt auch in diesen Fällen vor diagnostischen Fehlern. Schliesslich machte Mannino die Beobachtung, dass eine einfache Balano-Posthitis, zu welcher sich eine Phimose hinzugesellt, an einzelnen Punkten des inneren Vorhautblattes und der Eichel die Bildung von kleinen harten Knoten im Gefolge haben könne, welche direct eine beginnende Sklerose vortäuschen und leicht als solche diagnosticirt werden, was wegen der Unmöglichkeit, die Vorhaut umzustülpen und wegen der gleichzeitigen Vergrösserung der Leistendrüsen um so leichter

passiren kann. Auch in diesem Falle bleibt das Leiden localisirt und erfolgt die Heilung unter entsprechender örtlicher Behandlung ziemlich rasch.

Dornig.

Ehrmann (20) unterscheidet eine Paraphimosis interna, bei der der enge Limbus praeputii gleich hinter der Glans einschnappt, die innere Lamelle unter der äusseren eingerollt bleibt, und eine Paraphimosis externa, bei der der Limbus auch über die innere Lamelle zurückgestreift wird, und diese sich vor dem Limbus als ödematöser Wulst verwölbt. Therapeutisch empfiehlt er bei der ersten Form Compression der Glans durch Zirkeltouren dünner Binden und Vorziehung des Limbus durch Unterfahren mit einem löffelförmigen Spatel, bei der letzteren Form, neben den bekannten Methoden, das Oedem der inneren Lamelle in die Gegend des Frenulums zu drücken und so am Dorsum den Limbus vorzuschieben. Finger.

Besnier (21) Klinische Studie über den Herpes progenitalis; keine neuen Beobachtungen; therapeutisch wird bei grosser Feuchtigkeit empfohlen: Amyl. 100·0, Tannin 5·0, Bismuth. subnitr. 1·0.

Reclus (22) berichtet über mehrere Fälle, bei welchen er die Entwickelung dieser Affection von der Plaque opaline bis zum Cancroid oder Epitheliom beobachten konnte. Die Behandlung soll vor Allem in Prophylaxe bestehen, ausserdem in der Anwendung von Adstringentien, später in chirurgischem Eingriffe; ausserdem ist Brunnencur als Hilfsmittel zur hygienischen Behandlung zu empfehlen (am empfehlenswerthesten der Kupfer in wägbarer Dosis enthaltende Brunnen von St. Christan).

Peyer (23) versucht an der Hand von 11 männlichen und 5 weiblichen von ihm beschriebenen Krankheitsfällen die Existenz eines Asthma sexuale, analog dem nasalen, bronchialen etc. Asthma darzuthun. In fast allen männlichen Fällen handelte es sich um Spermatorrhöe verbunden mit Pollutionen und Impotenz; die asthmatischen Attaquen schlossen sich meist an den Geschlechtsact oder an Pollutionen oder an heftige geschlechtliche Aufregungen an. Uebrigens waren auch noch manche andere neurasthenische Beschwerden zugleich vorhanden. — In den meisten Fällen gelang es, das Asthma zu heilen durch locale und allgemeine Behandlung des Geschlechtsleidens, — auf welchem Wege, wird nicht näher angegeben.

Richard Kohn.

Gonorrhöe und deren Complicationen.

1. **Bryton** John and **Burnett** Edwine. Clinical observations on Gonorrhoea with special reference to aetiologie, duration, treatment. — Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1889, 4.
2. **Legrain.** Contribution à l'étude de l'étiologie des uréthrites non blennorrhagiques. — Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1889, Nr. 6.
3. **Du Castel.** De la blennorrhagie chronique et de son traitement. — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 59.
4. **Lefort** A. Des folliculites uréthrales blennorrhagiques de l'homme. — Thèse de Paris 1889.
5. **Webb.** Gonorrhoischer Rheumatismus der Kiefergelenke. — The Lancet 1888.
6. **Ullmann.** Ueber Rückenmarksabscess. — Zeitschr. f. klin. Med. 1889, XVI., pag. 39.
7. **Philipp** W. A. Report of a case of gonorrhoea with purpura rheumatica. — The Journ. of the Americ. Med. Associat. Chicago, 4. May 1889.

8. **Berger.** Ueber eine seltene vesicale Complication der Vulvitis bei jungen Kindern. — Ann. de la Policlinique de Bordeaux, Jänner 1889.
9. **Samter.** Trismus und Tetanus bei Orchitis gonorrhoica. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 17.
10. **Rively.** Abortivcur der Gonorrhöe. — Med.-Register 1889.
11. **Eloy.** Quelques formules d'injections antiseptiques contre la blennorrhagie. — Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1889, Nr. 26.
12. **Jerosch** Gustav. Experimentelle Untersuchungen über die desinficirenden Wirkungen von Höllensteinlösungen. — Inaug.-Dissertation, Königsberg 1889.
13. **Huguet** Joseph Julien Aristide. De la valeur thérapeutique des injections de sublimé dans le traitement de la blennorrhagie. — Thèse de Paris 1888. Ollier Henry.
14. **Donald.** Wasserstoff-Superoxyd bei Gonorrhöe. — Ref. in der Wiener med. Wochenschr. 1889, Nr. 26.
15. **Delorme** N. Sur un mode de traitement de certains rétrécissements cicatriciels de l'urèthre (procédé de restauration autoplastique). — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 67.
16. **Fort** J. A. Rétrécissement de l'urèthre (échec de la dilatation lente et de la dilatation rapide. Electrolyse linéaire). — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 55.
17. Descriptions of new inventions. Collapsible urethral tube. The Brit. Med. Journ., 15. Juni 1889.
18. **Neely Rhoads** J. Grooved bougies for applying ointment to the urethra and interior of the uterus. — The Med. news, 22. June 1889.
19. **Tressel.** Extractum fluidum Pichi bei Cystitis. — Therap. Gaz. 1888, April, pag. 240.
20. **Madden** Thomas More. On the rapid curative treatment of Cystitis in women. Brit. Med. Journ., 2. March 1889, pag. 467.
21. **Huchard.** Anemone pulsatilis gegen Orchitis blennorrhagica. — Journ. de méd. 1889, Nr. 12.
22. **Dittel.** Ueber Prostata-Abscesse. — Wiener klin. Wochenschr. 1889, Nr. 21—23.
23. **Posner.** Diagnose und Therapie der chronischen Prostatitis. — Congr. für innere Med. Wiesbaden, 15—18. April 1889.
24. **Damian** Léon. De la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate. — L'Electrothérap., Juli. 1888.
25. **Frey.** Heilung von Prostata-Hypertrophie mit Injectionen von Jodoform-Aether. — Wiener med. Presse 1888, Nr. 41.
26. **Hill** Berkeley. Ueber Hämaturie. — Brit. Med. Journ., 26. Mai 1888.
27. **Róna.** Zur Pathologie der Blennorrhoea urethrae. — Orvosi Hetilap 1888.
28. **Pescione.** Il gonococco nelle blennorragia muliebri. — Riforma med., Marzo 1889.
29. **Cullingworth.** The etiological Importance of gonorrhoea in Relation to some of the nore common diseases of women. — The Brit. Med. Journ., 20. Juli 1889, Nr. 1490.
30. **Horand.** De la blennorrhagie chez la femme. Société de sciences médicales de Lyon (Séance d'octobre 1888). — Ann. des mal. des org. gen.-urin., Februar 1889.
31. **Boldt** H. J. Gonorrhoeal salpingitis. New-York Pathological Society, 24. April 1889. — The Med. Record, 31. August 1889.

32. **Currier** F. Andrew. Vulvo-Vaginitis in children. — Med. News, 6. July 1889.
33. **Lacassagne.** De l'examen méthodique des petites filles victimes d'attentats à la pudeur. Congrès internat. de méd. légale. Paris, 19. bis 24. August 1889. — La semaine méd. 1889, Nr. 36.
34. **Lloyd.** On inflammatory disease of the seminal vesicles. — Brit. Med. Journ. 1889, 20. April.
35. **Rendu.** Nephrite mixte de nature blennorrhagique. — Gaz. des hôpit. 1889, 97.
36. **Myrtle** A. S. Two Cases of Gonorrhoeal Arthritis. — The Brit. Med. Journ., 3. August 1889.
37. **Gluzinski** A. Complicationen Seitens des Blutkreislaufapparates im Verlaufe der Urethralblennorrhöe. — Przegląd Lekarski 1889, Nr. 11.
38. **Gluzinski.** Herzerkrankungen im Verlauf der Gonorrhöe. — Przegląd Lekarski 1889, Nr. 11. (Verfasser berichtet acht Fälle von langsam sich entwickelnden Herzklappenfehlern bei chronischen Gonorrhoikern.)
39. **Simpson.** History of a case of acute Rheumatic Laryngitis of gonorrhoeal origin. — Journ. of the Americ. Med. Association, 3. August 1889, vol. XIII, Nr. 5.
40. **Armstrong** S. T. Hypertrophy of the tunica vaginalis in a case of hydrocele. New-York Pathological Society, 10. April 1889. — The Med. Record, 24. August 1889. (Fall ausführlich beschrieben in „Ann. Report of the U. S. Marine Hospital Service for 1888.")
41. **Dubuc.** Péritonite mortelle survenue chez un vieillard atteint de rétention chronique d'urine et soumis depuis longtemps à l'usage de la sonde. — Ann. des mal. des org. gén.-urin., Juin 1888.
42. **Hartmann.** Les nevralgies vésicales. — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 82.
43. **Lewis** Brausford. Some points in the treatment of gonorrhoea. — The Med. Record, 17. August 1889.
44. **Martin** André. Méthodes anciennes et méthodes microbicides dans le traitement de la blennorrhagie aiguë. Société de médecine pratique. Séance du 24 Janvier 1889. — Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1889, pag. 249. (Zur Behandlung der acuten Gonorrhöe empfiehlt Martin Sublimat- und Quecksilberjodurlösungen [1:20.000].)
45. **Rice** E. P. Some suggestions in regard to treating gonorrhoea. — The Med. Record, 20. Juli 1889.
46. **Salaroli.** Contribuzione alla cura della blennorragia col sublimato corrosivo. — Raccoglitore med. 1889, Nr. 13.
47. **Schadek.** Die Salbensondenbehandlung der chronischen Urethritis. — Med.-chir. Centralbl. 1889, 19 u. ff.
48. **Lavaux.** L'emploi de la cocaïne dans les affections des voies urinaires. Congrès internat. de thér. et de matière méd., 1.—4. Juli 1889. — Progrès méd. 1889, Nr. 31.
49. **Frey** L. Zur Therapie des chronischen Blasenkatarrhs. — Wiener med. Presse 1889, Nr. 20.
50. **Durand** (d'Amboise). Cystoclyste pour laver la vessie sans sonde. — Société de thérapeutique (Séance du 13 février 1889). — Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1889, pag. 246.
51. **Lavaux.** Du danger du traitement des cystites douloureuses par les piqûres de morphine. Société de médecine pratique (Séance du 17 Janvier 1889). — Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1889, pag. 248.
52. **Carter** J. Pulsatilla in the treatment of Epididymitis. — Lancet, August 1889.
53. **v. Rustizky** J. Ueber die Hodenbandage. — Monatschr. f. ärztl. Polytechnik 1889, 7. Heft.

54. **Brewer** E. George und **Otis** William K. (Vanderbilt clinic, genito-urinary department, 20. Juni 1889. Electrolysis and the radical cure of stricture. — Why the challenge has not been accepted. To the Editor of the Med. Record. — The Med. Record, 13. Juli 1889.
55. **Daywalt.** Electrolysis in the treatment of strictures of the male urethra. — Occidental Med. Times 1889, Januar.
56. **Fort** J. A. Les rétrécissements de l'urèthre et l'électrolyse linéaire. — Gaz. des hôpit. 1889, 97.
57. **Keyes** Edward L. The question of the radical cure of deep urethral stricture. — The Med. Record, New-York, vol. 35, Nr. 21.
58. **Stein** Alex. W. Some aphorismes on the treatment of urethral stricture. — The Med. Record, New-York, vol. 35, Nr. 21.
59. **Kemény.** Die Tripperblennorrhöe des Auges. — Wiener med. Blätter 1889, Nr. 33. (Fall von Blennorrhöe mit Gonococcennachweis — ohne Besonderheiten.)
60. **Skrebitzky.** Ueber das Vorkommen der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum in St. Petersburg. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1888, Nr. 18 und 19.
61. **Konrad.** Die Prophylaxis der Blennorrhoea neonatorum. — Orvosi Hetilap 1888/40. (Bei vorheriger Behandlung etwaiger pathologischer Secretionen der mütterlichen Vagina und Anwendung des Credé'schen Verfahrens hat Verfasser seit 6 Jahren nur einmal unter 714 Geburten Blennorrhöe beobachtet.)
62. **Mules.** Ophthalmia neonatorum; treatment by Alcohol and corrosive sublimat. — Brit. Med. Journ. 1888, 4. Februar. (Empfehlung der Blennorrhöebehandlung mittelst Abtrocknung, Waschung mit Aethylalkohol, Benetzung mit Sublimatlösung 1:2000.)
63. **Valude.** Naphthol in purulent ophthalmia. — The Med. Register 1888, 18. (Empfehlung von α-Naphthol 0·2 : 1000 bei Kindern und Erwachsenen gegen die Blennorrhöe; soll im Gegensatze zu den anderen Methoden auch die Schwellung beseitigen.)

John Bryton und Burnett (1) kommen in dieser wenig Neues bietenden Arbeit zum Schlusse: 1. Die Gonorrhöe ist eine specifische, durch den Gonococcus Neisser bedingte Erkrankung. 2. Abortive Behandlung ist erfolglos und gefährlich. 3. Jede örtliche Behandlung hat im acuten und subacuten Stadium zu unterbleiben. 4. Die Erkrankung hat auffällige Tendenz zu chronischem Verlauf, diese Tendenz wird durch topische Behandlung des acuten und subacuten Stadiums erhöht. 5. Für diese beiden Stadien empfiehlt sich neben Hygiene und Diät nur interne Medication. 6. Alle topischen Applicationen sind auf das chronische Stadium zu verschieben.

Finger.

Legrain (2) bespricht die verschiedenen Möglichkeiten, welche zu einer nicht blennorhagischen Urethritis führen können; indem er betont, dass die klinischen Differenzen zwischen der Gonorrhöe und der nicht specifischen Urethralerkrankung keineswegs typische, in jedem Fall mit Bestimmtheit vorhandene sind, rückt er die Untersuchung nach dem ätiologischen Moment mit besonderer Schärfe in den Vordergrund. Er stellt einander gegenüber die Urethritiden, welche ohne sexuelle Infection zu Stande kommen, und diejenigen, bei denen der Coitus die Ursache abgibt. Zu den ersteren gehören: die durch Einführung von Instrumenten etc. erzeugten (theils durch directe Einführung von Entzündungserregern, Staphylococcen etc. bedingt, theils durch traumatische Reizungen, welche den in der Urethra auch normaler Weise vorhandenen Mikroorganismen die geeigneten Lebensbedingungen darbieten) und die durch im Urin ausge-

schiedene chemische Stoffe (Kanthariden, Jodkali, Arsen etc.) hervorgerufenen. Noch weniger bekannt und noch schwieriger zu erklären sind die Fälle der zweiten Gruppe: die durch den Coitus entstandenen, aber nicht gonorrhoischen Urethritiden. Legrain glaubt, dass diese Fälle verschiedenen Bacterien (Micrococcus cereus albus, Bacillus pyogenes foetidus etc.) ihren Ursprung verdanken können; wichtige neue Angaben über diesen noch völlig dunklen Punkt weiss er nicht zu machen — die Bockhart'sche Pseudo-Gonorrhöe wird nicht einmal erwähnt. Jadassohn.

Du Castel (3) betont, ohne im Wesentlichen etwas Neues zu bringen, auf das Eindringlichste den Werth der Untersuchung der Pars posterior urethrae. — Dieselbe hat entweder nach Guyon vermittelst seiner „sonde exploratrice" zu erfolgen, oder nach Aubert und Eraud in Folge Ausspülung der Urethra mit Nelaton. In zweiter Linie ist die Untersuchung der Prostata und der anderen Genitalorgane von Wichtigkeit. Die innere Behandlung der chronischen Gonorrhöe verspricht nach Du Castel weniger Erfolg als die der acuten; wendet man Balsamica etc. an, so sind sie in nur wenig höheren Dosen und erheblich länger als bei der acuten anzuwenden. — Aus der Reihe der zur localen Behandlung zu Gebote stehenden Methoden ist die Instillationsmethode nach seiner Ansicht weitaus die empfehlenswertheste. Galewsky.

Lefort (4) hat unter der Leitung Hamonic's die Entzündungen der urethralen Follikel einer Untersuchung unterzogen, deren Resultat in der vorliegenden These niedergelegt wird. Er unterscheidet drei Arten von urethralen Drüsen: einfache, zweigetheilte und mehrfach zusammengesetzte — alle mit einem cylindrischen, respective cubischen Epithel ausgekleidet. Bei Meerschweinchen hat er analoge Gebilde in spärlicher Anzahl, bei Kaninchen keinerlei Drüsen gefunden. Die mikroskopischen Untersuchungen künstlich angeregter Folliculitiden haben — beim Meerschweinchen — eine durch keinerlei Besonderheiten charakterisirte Perifolliculitis ergeben. Die meisten Folliculitiden des Menschen sind naturgemäss gonorrhoischen Ursprunges; mit Mauriac unterscheidet Lefort drei Grade der Entzündung: 1. Entzündung eines oder mehrerer Acini, Compression und Obliteration des Ausführungsganges, Ausdehnung des Follikels, epitheliale Desquamation und eiterige Secretion. 2. Es gesellt sich eine periglanduläre Entzündung hinzu. 3. Es kommt zur Abscedirung (relativ selten) nach innen, nach aussen oder nach beiden Seiten (vollständige Fistel). Klinisch muss unterschieden werden die acute Folliculitis (zugleich mit der acuten Urethritis bestehend und hinter dieser zurücktretend), die subacute (durch kleine, schmerzhafte, namentlich an der Unterwand deutlich zu fühlende Knötchen charakterisirt, aus denen sich eventuell nach Reinigung der Urethra etwas Secret exprimiren lässt) und die ganz chronische Form (mit geringem Secret, ohne subjective Beschwerden, meist nicht mehr contagiös). Von Complicationen werden erwähnt: Abscesse, Fisteln, Stricturen, in differentialdiagnostischer Beziehung: Urethralschanker — Gummata, einfache chronische Gonorrhöe, Stricturen, Urethraltuberculose und Lymphangitiden. Die Therapie besteht in Cauterisation mit einem glühenden Draht (in den vordersten Theilen), Elektrolyse (besonders empfohlen), Einleitung von Joddämpfen, (Hamonic) und in Instillationen von Argentum (1:50). Eine Anzahl eigener und fremder Beobachtungen illustrirt das Gesagte. Jadassohn.

Webb (5). Vier Fälle von subacutem Rheumatismus beider Maxillargelenke, bei welchen salicylsaure Salze ohne Erfolg angewendet wurden und bei welchen sich entweder bestehender oder abgelaufener Tripper nach-

weisen liess. In zwei anderen Fällen (bei Weibern) konnte Webb Gonorrhöe nicht mit Bestimmtheit nachweisen.

Aus der Arbeit Ullmann's (6) interessiren hier wesentlich die Angaben, welche der Verfasser über die Aetiologie des von ihm beobachteten Rückenmarksabscesses (eine Krankheit, von welcher er in der Literatur nur fünf sichere Beobachtungen zusammenstellen konnte) machte. Er meint nämlich, dass es sich um gonorrhoische Metastasen im Rückenmark, u. zw. in der Pia und im Lenden- und Halstheil des Rückenmarkes gehandelt habe. Leider ist klinisch nicht einmal die Diagnose „Gonorrhöe der Urethra" absolut sicher festgestellt; für dieselbe wird wesentlich nur angeführt, dass die Krankheit mit Harndrang, Harnverhaltung und Brennen beim Uriniren begann und dass im Verlauf derselben eiteriges Secret aus der Urethra entleert wurde. Damals war freilich schon katheterisirt worden. Auf Gonococcen ist das Secret nicht untersucht worden — in den Abscessen des Rückenmarkes liessen sie sich nicht nachweisen; dass bei der grossen Vorsicht, welche überhaupt bei der Diagnose „gonorrhoische Metastase" absolut geboten ist, der Ullmann'sche Fall zur Aufstellung eines neuen Metastasengebietes bei der Gonorrhöe nicht genügt, liegt auf der Hand. Es kann darum hier auf die klinischen Symptome und das pathologisch-anatomische Bild auch nicht näher eingegangen werden. Jadassohn.

Das so selten beschriebene Zusammentreffen von Purpura als einer Complication von Tripperrheumatismus veranlasst Philipp (7) zur Veröffentlichung folgenden Krankheitsfalles. Status am 2. März: Ein 19jähriger Milchmann mit chronischer Gonorrhöe bekommt eine acute Exacerbation am 8. Februar, der sich am 26. Februar das Erscheinen von Purpuraflecken an den Unterextremitäten hinzugesellt. Schmerzen und Anschwellung verschiedener Gelenke, Penis geschwollen. Secret reichlich, eiterig, gonococcenhaltig. Lymphdrüsen mässig geschwollen. Symmetrische Vertheilung der Flecke an der vorderen und inneren Fläche der Unterschenkel, an der inneren Fläche der Oberschenkel bis in die Glutäalregion. Am meisten befallen der linke Knöchel. An den Oberextremitäten eine beschränkte Zahl auf beiden Handgelenken. Im Uebrigen der Körper frei. Die meisten Flecke etwas erhaben, rund. Die Grösse variirend von Stecknadelkopf- bis Zehnpfennigstückgrösse. Die Farbe tief blauroth, auf Druck unverändert. Keine Spur von Jucken. Die Knöchel geschwollen, links mehr wie rechts, ebenso die Hand- und Knöchelgelenke beiderseits. Auch die Umgebung der befallenen Gelenke ödematös. Keine Fluctuation. Kein Fieber. Am 20. März waren die Gelenke frei. Die Farbe der Flecke variirte zwischen braun und gelb. Mässig schleimiger Ausfluss aus der Urethra. Im Harn zahlreiche Tripperfäden. Innere Organe stets ohne nachweisbare Veränderung. Die meisten Flecke, resumirt Verfasser, waren rein hämorrhagischer Natur; einige dem Erythema nodosum ähnlich. Eine frische Eruption am 12. März glich der Purpura urticans. Ledermann.

Berger (8) theilt einen Fall von Vulvitis eines 6jährigen Mädchens mit, welcher mit Cystitis complicirt war und zur Harnretention geführt hatte. Ein solcher Fall war bisher noch nicht beschrieben; Holmes hatte nur in einem Falle in Folge Leukorrhöe bei einem Kinde Blasenirritation beobachtet.

Bei dem 28jährigen Patienten Samter's (9), welcher in Folge einer Gonorrhöe an einer Orchitis mit Fistelbildung und Schwund des Hodens litt, trat, ohne dass irgend eine andere Ursache nachzuweisen war, ein typischer Trismus und Tetanus mit Betheiligung der gesammten Körpermusculatur — die der Oberarme ausgenommen — auf — wie der Verfasser

glaubt, im Zusammenhang mit der für Trismus und Tetanus besonders disponirenden der Genitalerkrankung. Durch Darreichung von Chloralhydrat (5 Gr. pro die) wurde Heilung erzielt. Jadassohn.

Rively (10). Behandlung der frischen Gonorrhöe mit Bougies, die mit Copaiva-Balsam armirt sind und 6—8 Minuten liegen bleiben. Der Sicherheit wegen (!) soll das übrigens wenig schmerzhafte Verfahren einige Tage fortgesetzt werden.

Eloy (11) empfiehlt zur Injection nach Ablauf der Initialperiode Sublimatlösungen 0·02:100·0 oder Lösungen von Quecksilbersalicylat 0·05:150 mit Natr. bic. gesättigt. Wismuth wendet Eloy als Bismuthum subnitricum oder Bismuthum salicylicum 5:100·0 Vaseline an. Ausserdem haben sich nach dem Verfasser die Injectionen mit Resorcin 2:100·0, Creolin 1:100 oder Pyridin 0·2:100 bewährt. Unter letzteren ist Pyridin das kräftigste Injectionsmittel. Die Injectionen haben wie üblich 2—3mal täglich stattzufinden, nur die Mercur-Injectionen können zweistündlich stattfinden. In welcher Weise alle diese Injectionen wirken und inwiefern sie sich bewährt haben, hat Verfasser nicht erwähnt. Galewsky.

Jerosch (12) stellt seine Untersuchungen über die desinficirenden Wirkungen von Höllensteinlösungen, zu denen er von Mikulicz die Anregung erhalten hat, unter Leitung Baumgarten's an. Die Resultate derselben dürften bei den Lesern dieser Zeitschrift um so beachtenswerther erscheinen, als auf Empfehlung Neisser's die Behandlung der Gonorrhöe mit Argentum nitricum in neuerer Zeit wiederum allgemeinere Verbreitung gefunden hat. Bei der Prüfung der Einwirkung verschiedenprocentiger Höllensteinlösungen während kürzerer oder längerer Zeit auf Milzbrandreinculturen, mit denen er Seidenfäden imprägnirt hat, gelangt Verfasser zu folgenden Resultaten: Das Argentum nitricum ist ein kräftiges Desinficiens; es tödtet bei längerer Einwirkung selbst in schwachen Lösungen sicher Keime, in einer Lösung von 1:1000 bereits nach 2—3 Minuten. Ferner stellt Verfasser einen Vergleich der Desinfectionsfähigkeit des Argentum nitricum mit derjenigen der Carbolsäure und des Sublimats an und zeigt, dass es diese beiden bei der Einwirkung auf Keime auf künstlichen Nährböden übertrifft. Bei den Versuchen mit Mischungen von Serum und Höllensteinlösung, wobei das Eiweiss also, ähnlich wie im lebenden Körper der desinficirenden Wirkung conträr ist, stellt sich heraus dass 1 Procent Höllensteinlösung bei 5 Minuten langer Einwirkung desinficirend wirkt, demnach ein stärkeres Antisepticum ist, als die Carbolsäure aber nicht als das Sublimat. S. A—y.

Huguet (13) kommt am Schlusse seiner Arbeit zu folgenden Resultaten: 1. Jede frische Gonorrhöe soll erst antiphlogistisch behandelt werden; besteht trotzdem die Entzündung unvermindert weiter, so soll die Sublimattherapie dafür eintreten; hört daraufhin der Ausfluss auf, so pausire man am besten mit der gesammten Medication; besteht er noch in geringem Grade, so gibt man innerlich einige Tage Balsamica und wendet dann wieder leichte adstringirende Injectionen an. 2. Sublimatinjectionen allein, so vortheilhafte Dienste sie auch durch Beschränkung des Ausflusses und durch ihre Einwirkung auf die Mikroorganismen leisten, können die alleinige Behandlung der Blennorrhöe nicht ausmachen, da sie unzuverlässig sind und leicht Reizerscheinungen hervorrufen; ihre Anwendung ist daher eo ipso contraindicirt bei allen auch noch so leichten Complicationen von Seiten des Blasenhalses. 3. Besteht die Gonorrhöe schon länger als 14 Tage, so soll in jedem Falle sofort eine kräftige Sublimattherapie eingeleitet

werden, am besten nach der von Huguet angegebenen Methode der „ecouvillonage de l'urèthre" (cf. Referat, Heft 4). Galewsky.

Donald (14) empfiehlt: Sol. Hydrogen. peroxyd. 30·0; Aq. dest. 30·0; Sublimat 0·015 S. dreimal täglich eine Injection; dabei Kneten der Urethra; nach zwei bis drei Tagen soll die Gonorrhöe geheilt sein.

Delorme (15) berichtet in der „Gazette des Hôpitaux" über eine Behandlungsart von narbiger Retraction in der Harnröhre. Im August 1872 stürzte ein abgedankter Soldat, vom Pferde und trug eine Harnröhrenruptur davon ohne äussere Verletzung. Es stellten sich geringe Schmerzen ein, es floss etwas Blut aus der Harnröhre. Urinverhaltung. Der Betreffende wurde sondirt, die Sonde blieb 24 Stunden liegen, hohes Fieber; später wurde er dreimal täglich katheterisirt. Am eilften Tage litt er sehr unter der Urinverhaltung, dazu trat noch ein Erysipel. Im hinteren Theile der Posterior hatte sich ein Tumor, aus diesem eine Fistel gebildet, durch die aller Harn abging. Ausserdem bestanden noch zwei Fisteln, welche elektrolytisch behandelt wurden. Nach dieser eine Bildung von kleineren Abscessen am Perineum, es wurde Urethrotomia externa gemacht, die von hohem Fieber gefolgt ist. Die Fisteln vereitern, der Kranke wird weiter katheterisirt, er bekommt eine Orchitis. 1876 wird eine Urethrotomia interna gemacht, die von vorübergehender Besserung gefolgt ist. Nach 2 Monaten abermaliger Eingriff durch forcirte Dilatation. 1878 Wiederaufnahme ins Hospital, täglich Katheterisiren. Die Narbe verliert sich, beim Urinlassen hat Patient Schmerzen in der Regio membranacea und bei der Defäcation geringe Blutung. Mit der Zeit werden die Blutungen stärker, es wird eine elektrolytische Behandlung wieder eingeschlagen. Der Kranke hat 40°, leidet an Urin- und Rectalverhaltung. Das Katheterisiren schon bei Bougies mit etwas stärkerem Kaliber sehr unbequem. Im nächsten Jahre kommt man auf eine progressive Dilatation und Divulsion zurück, der abermals eine Orchitis folgt. 1888 lässt er sich wieder ins Hospital aufnehmen. Er wird mit kleinen Nummern katheterisirt, Prostata etwas geschwollen, leicht schmerzhaft, Perineum nachgiebig, nur in der Mittellinie von Narbengewebe durchsetzt. Keine Nieren- und Blasenbeschwerden. Nachdem alle bisher angewendeten Mittel nichts geholfen, kommt der Verfasser auf den Gedanken, eine solche Operation vorzunehmen, dass die beiden Wände der Harnröhre nicht mit einander verkleben können. Der Erfolg ist aber ein schlechter. Vielleicht durch den fortwährenden Contact des eingenähten Lappen mit dem Urin, vereitert derselbe und fällt ab, nachdem anfangs keine Beschwerden vorhanden waren. Vielleicht auch, meint der Verfasser, sind noch andere Gründe daran schuld gewesen. Jedenfalls empfiehlt er eine derartige Operation und macht speciell darauf aufmerksam, man solle stets den Urin durch einen Bauchhahn ablassen. Andere Gründe, denen er glaubt noch Schuld an dem Misserfolge geben zu können, sind die, dass er zu viele Nähte angelegt oder die beiden Lappen zu früh mit einander vernäht habe. Hilgenstock.

Fort (16) berichtet in einem kürzeren Aufsatze, über die Art der Behandlung bei Urethralstricturen. Er geht dabei aus von einigen von ihm im Jahre 1888 elektrolytisch behandelten Stricturen. Er hat diese beiden Fälle noch in demselben Jahre veröffentlicht und reiht in seiner heutigen Arbeit eine Anzahl ähnlicher Fälle, die theilweise von ihm selbst, theilweise von Anderen operirt und schon veröffentlicht worden sind, in übersichtlicher Weise an. Dann kommt er zur Beschreibung eines ganz speciellen Falles: Der betreffende Kranke litt im Jahre 1855 an einer Blennorrhagie, verbunden mit Orchitis. 1875 zeigte er eine Strictur, die er sechs Wochen lang durch

allmälige Dilatation behandeln liess. Man kam bis zur Nr. 16, da der Kranke die Behandlung nicht aushielt, gab er sie wieder auf. 1887 liess er sich ebenso behandeln bis zu Nr. 18. Im August 1888 machte man bei ihm die gewaltsame Dilatation mit Nr. 16. Es folgte darauf eine heftige Cystitis, die von starken Schmerzen begleitet war. Im März dieses Jahres machte Verfasser bei ihm die lineare Elektrolyse, er wandte dabei 14 Elemente an, die zusammen 15—16 Milliampères ergaben. Den negativen Pol legte er in die Urethra, den positiven an die Hüfte. Die ganze Operation dauerte 1 Minute und 40 Secunden. Unmittelbar nachher war ein Bougie von Nr. 20 durchgängig, es kam dabei nur ein Tropfen Blut heraus. Der Kranke fühlt sich jetzt vollständig wohl und abgesehen von einem geringen Brennen beim Uriniren ganz normal. Hilgenstock.

(17) Eine neue Salbenspritze zur Behandlung der Gonorrhöe wird von der Firma „Summer & Co. in Liverpool“ empfohlen. Der zusammendrückbare Theil ist nicht, wie der Name „collapsible urethral tube“ angibt, der Urethraltubus, sondern eine Kapsel, welche die Salbe enthält. Die Urethraltuben sind aus Kautschuk gefertigt, $3^1/_2$ Zoll lang, mit vier seitlichen Oeffnungen am Ende versehen. Beim Gebrauch des Instrumentes wird der Tubus an ein vulcanisirtes Ansatzstück geschraubt, welches wiederum an die Kapsel geschraubt wird. Ein Druck auf diese, treibt den Inhalt derselben in den Urethraltubus und durch die Endöffnungen desselben in die Urethra. Die Erfinder geben auch eine Salbe. die „Jodoform und Eucalyptusöl zu enthalten scheint“, zur Beschickung des Instrumentes an. Die Wirkung ist natürlich, wie bei allen neu empfohlenen Instrumenten, eine vortreffliche.

Rhoads (18) empfiehlt ein Bougie, dem ein 3 Zoll langer Bulbus mit vier tiefen Rinnen zur Aufnahme einer Salbe aufgeschraubt ist, Das Bougie wird in der gewöhnlichen Weise eingeführt, und zwar so weit, bis der etwas umfangreiche Bulbus an den entzündlich afficirten Stellen Schmerzen erzeugt. Die Salbe besteht aus Argentum nitricum, Tct. benzoic. compos. und Ung. Petrolei.

Tressel (19) empfiehlt bei mit Dysurie verbundener Cystitis Extr. fluid. Pichi (Fabiana imbricata), 10—20 Tropfen pro dosi, 2—3stündlich.

Madden (20). Rapide Dilatation der Urethra mit eigens angegebenem Dilatator. Durch diesen hindurch Auswischen der Blase mit Carbolglycerinlösung; nach Zurückziehung des Dilatators wird die Urethra in gleicher Weise behandelt. Bei grosser Empfindlichkeit empfiehlt sich eine vorherige Application von 10 Procent Cocainlösung. 2—3 Wiederholungen mit Pausen von einer Woche sollen stets genügen, um selbst die veraltetsten Fälle von weiblicher Cystitis zu heilen. Arning.

Von Huchard (21). wird die alkoholische Tinctur Tct. Anemon. pulsat. gtts. XXX. Aq. destill. 150·0, 2stündlich ein Dessertlöffel empfohlen; auch zur Verminderung der Schleimsecretion bei Katarrhen der Schleimhäute.

Die Diagnose und Therapie der zur Eiterung führenden Prostatitis wird von Dittel (22) an der Hand einer reichlichen Casuistik besprochen; in der letzteren sind viele interessante Einzelheiten enthalten, deren besondere Bedeutung aber nach der chirurgischen Seite liegt und die im Einzelnen hier nicht referirt werden können. Die verschiedenen Durchbruchsmöglichkeiten werden besprochen (Urethra, Rectum, Perineum) und

bei der Therapie besonders die bereits früher von Dittel beschriebene Operationsmethode zur Ablösung der vorderen Mastdarmwand ausführlich wiedergegeben; dieselbe ermöglicht „eine ausgiebige Eröffnung des Abscesses eine leichte, vollkommene Entleerung des Eiters und eine genaue Uebersicht der ganzen Höhle". — Dittel bespricht endlich noch ein Stativ, welches er construirt hat, um nach der Ablösung der vorderen Mastdarmwand ein Drain in der Abscesshöhle festzuhalten und einen mit Griff versehenen Mandrin, welcher bei schwierigem Katheterismus zur Einführung des stets noch am besten vertragenen Nelatons dient; derselbe hat in Wien (zu beziehen von Reiner) ziemlich allgemeine Verbreitung gefunden. Bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden. Jadassohn.

Posner (23) bespricht die Wichtigkeit der localen Untersuchung bei chronischer Prostatitis. Bezüglich der Therapie empfiehlt Verfasser Jodkalisuppositorien, in einzelnen Fällen ist die Sondenbehandlung zu empfehlen, manchmal ist die Combination mit der Winternitz'schen Kühlsonde geboten.

Damian (24) empfiehlt die Anwendung des galvanischen Stromes gegen Prostata-Hypertrophie nach Roux. Roux setzt eine Elektrode auf den Bauch, eine (aus Stahlnadeln bestehend) per rectum in die Prostata, fängt mit schwachen Strömen an, und steigt innerhalb 3 Minuten zum gewünschten Maximum bis 70 Milliampères), erhält den Strom $2\frac{1}{2}$—5 Minuten auf dieser Höhe, um ihn dann langsam abnehmen zu lassen. Eine besondere Desinfection der Nadeln, wie bei Casper, hält Roux für nicht nöthig.

Frey (25) beschreibt einen Fall von Urinretention in Folge Prostata-Hypertrophie. In Folge dreimaliger Injection von 10procentigem Jodoformätheralkohol in das Prostatagewebe vermittelst Pravaz'scher Spritze (es war ausserdem Blasenstich gemacht und fanden tägliche Ausspülungen der Blase statt) soll vollständige Heilung eingetreten sein.

Hill (26) unterscheidet vier Formen von Hämaturie: sie kann entstehen; 1. in der Niere (z. B. durch Insulte, bei Nephritis, Pyelo-Nephritis, Eustrongylus und anderen Parasiten etc.); 2. in der Blase (durch Geschwülste, Rupturen, Cystitis, Geschwürsbildung, durch einen Parasiten, Bilhatia haemalobia etc.); 3. in der Prostata (bei alten Leuten mit hypertrophischer Prostata, bei jungen in Folge Onanie oder tuberculöser Geschwürsbildung, in Folge Einwirkung des Malariagiftes); 4. in der Urethra (durch Sondenverletzung, Rupturen des cavernösen Gewebes etc.).

Róna (27) bespricht zwei Fälle von Urethritis membranacea, die mit geringer Entzündung und geringem Ausfluss verliefen.

Pescione (28) sucht in der Einleitung seiner Arbeit über den Gonococcus bei der Blennorrhöe des Weibes den Nachweis zu liefern, dass der häufigste Sitz der gonorrhoischen Infection beim Weibe die Urethra und nicht die Vagina oder der Cervix ist. Seine Studien über den Gonococcus machte Pescione an 80 Prostituirten aus dem „Sifilicomio" zu Foggia, von denen 50 an blennorrhagischen Affectionen litten, während die übrigen 30 zur Zeit der Beobachtung anscheinend davon frei waren, aber in einer früheren Zeitperiode ebenfalls an Blennorrhöe gelitten hatten. Den Gonococcus konnte er im blennorrhagischen Secrete stets nachweisen, ausgenommen in 9 Fällen, die er, wie er sagt, als nicht specifisch erkannte. Der Gonococcus war selten allein, gewöhnlich fand er sich mit anderen Mikrococcen vergesellschaftet, welche jedoch nie zu Haufen gruppirt und auch

nicht in den Epithelzellen und in den Eiterkörperchen eingeschlossen waren, wie dies für den Gonococcus charakteristisch ist. Im Anfangsstadium der Erkrankung waren die Gonococcen in Menge vorhanden: ihre Gestalt war nicht immer nierenförmig, wie Bumm will, sondern oft oval oder rund; bald waren sie isolirt, bald bildeten sie Diplococcen. Gegen das Ende der Erkrankung waren die Gonococcen spärlicher vorhanden, sie fanden sich seltener in den Epithelzellen und erschienen schmächtiger. Pescione fand, dass im acuten Stadium hauptsächlich jene Zellen Gonococcen enthielten, welche er von der Oberfläche der Urethra abschabte; seltener begegnete er ihnen in den Zellen der Vagina, noch seltener in jenen des Collum uteri. Ferner will er bemerkt haben, dass bei acuter Urethral- und Vaginalblennorrhöe auch der Eiter und die spontan abgestossenen Epithelzellen seltener Gonococcen enthielten, als die fest haftenden und mittelst Abschaben gewaltsam entfernten Zellen. Bei Urethritis und Bartholinitis blennorrhoica waren die Gonococcen überhaupt am besten entwickelt. Béi den 30 (angeblich) nicht mit Blennorrhöe behafteten Weibern fand Pescione 19mal Gonococcen, doch waren diese spärlich vorhanden, geschrumpft, von der typischen Form abweichend, niemals zu Haufen gruppirt in den Epithelzellen, sondern frei im Secret des chronischen Uterinalkatarrhs. Pescione fügt bei, dass diese morphologisch degenerirten Gonococcen permanent in den Genitalien von scheinbar auch nicht inficirten Prostituirten vorkommen und dass sie sich während und unmittelbar nach der Menstruation vermehren. Dies bestätigt nach seiner Ansicht die Theorie Verneuil's vom latenten Mikrobismus, nach welcher im gesunden Organismus pathogene Keime vorhanden sein können, die so lange unschädlich bleiben, bis sich günstige Bedingungen für ihr Wachsthum und ihre Virulenz einstellen. Damit erklärt Pescione das Auftreten der Blennorhöe nach der Menstruation, dann bei Prostituirten, die der Masturbation fröhnen und bei Männern, die mit gesunden, aber menstruirenden Prostituirten geschlechtlich verkehrten. Bezüglich der Therapie befürwortet er die Anwendung parasiticider Mittel. Während er eine Abortivbehandlung für illusorisch hält, nimmt er die Möglichkeit einer spontanen Heilung an. Im Beginne der Erkrankung verordnet er durch 2 Tage achtstündlich laue Waschungen mit Sublimat und Acid. tartaric. 1 : 4000, später ersetzt er das Sublimat durch 3procentige Resorcinlösung mit einem Zusatz von 20·0 Glycerin auf 100·0 Flüssigkeit. Nach dem Nachlassen der acuten entzündlichen Erscheinungen wendet er Injectionen mit 1 Procent Lösung von Plumbum aceticum, mit Tannin-Glycerin (2 Procent) oder mit Theerwasser an. Dornig.

Cullingworth (29) schliesst sich im Allgemeinen den Ausführungen Sinclair's über die Bedeutung der Gonococcen beim Weibe an und belegt seine Anschauung mit einigen Krankengeschichten, von denen namentlich die eine: Gonorrhoische Salpingitis, Hydrosalpinx, Laparotomie, septische Peritonitis mit dem Sectionsbefund (Ulcerationen an den uterinen Enden beider Tuben, alte Narben etc.) sehr lehrreich ist; bei den anderen — ausführlich geschilderten — Fällen findet sich weniger Aussergewöhnliches. Der Verfasser erkennt die Bedeutung des Gonococcus für Diagnose und Therapie an, geht aber nicht näher auf dieselbe ein; er theilt der Gonorrhöe die zweite Stelle in der Aetiologie der Beckenzellgewebsentzündung zu. In der Therapie vertritt er den Standpunkt der streng localen Behandlung, besonders bei allen frischeren Fällen; er wischt Cervix und Urethra mit starker Carbolsäure aus, bepinselt mit solcher auch die — besonders häufig erkrankt gefundenen Ausführungsgänge der Bartholinischen Drüsen und geht auch ins Innere des Uterus ein. Zur Behandlung der mit Recht für bedeutungslos erklärten Vaginitis verwendet er Ausspülungen

mit Sublimat (1:1000); die Therapie der ernsteren Complicationen der Gonorrhöe unterscheidet sich in nichts von der Behandlung anderweitig entstandener Para- oder Perimetritiden. Jadassohn.

Horand (30), ein eifriger Vertheidiger der Gonococcentheorie, zieht aus seinen Untersuchungen den Schluss, dass der Sitz der Blennorrhöe beim Weibe die Urethra, bei den kleinen Mädchen die Vagina ist, dass jedoch der krankhafte Process, obwohl er sich auf eine einzige Region beschränken kann, meist mehrere Schleimhäute gleichzeitig befällt. Zur Behandlung empfiehlt Horand Argentum nitricum in Lösung oder Substanz, für kindliche Vaginitiden Borsäurelösung.

Das Object der Demonstration war von einer Frau entfernt worden, die sechs Monate vorher von ihrem Ehemann gonorrhoisch inficirt war. Zwei Monate nach der Ansteckung fand Boldt (31) die linke Tube vergrössert. Die eingeleitete Behandlung blieb erfolglos. Die Untersuchung ergab ferner den Uterus eingebettet in eine Masse von Exsudation. Bei der vorgenommenen Laparotomie wurde die Tube mit grosser Schwierigkeit aus den perimetrischen Adhäsionen herausgeschält. Sie war vergrössert, enthielt jedoch keinen Eiter. Die Vergrösserung war die Folge einer interstitiellen Entzündung. Die Tube wurde dann entfernt, das Lumen vernäht zur Verhütung einer gonorrhoischen Peritonitis. Das entgegengesetzte Ovarium enthielt einige kleine Cysten, die nach Schröder's Methode entfernt wurden, um die Kranke vor Sterilität zu bewahren. Die Patientin genas vollkommen. Ledermann.

Currier (32) schildert zunächst die anatomischen Verhältnisse der weiblichen, äusseren Genitaltheile der Kinder und kommt zu dem Schluss, dass dieselben der Infection einen günstigeren Boden darbieten als bei erwachsenen Mädchen und Frauen. Infectiöse Processe localisiren sich zunächst in der Vulva und Vagina und erregen nur selten jene hochgradigen Erkrankungen des Uterus, der Tuben und Ovarien, wie sie der Tripper Erwachsener häufiger erzeugt, jedoch hält der Verfasser für nicht unwahrscheinlich, dass sich manche Fälle von Dysmenorrhöe, Sterilität etc. im Anschluss an die Vulvo-Vaginitis im ersten Lebensjahr entwickeln, daher hält es Currier für ausserordentlich nothwendig, solche Fälle von Anfang an gründlich und energisch zu behandeln. Vulvo-vaginitis ist jedoch nicht immer das Resultat einer Infection, sie kann sich auch mit mannigfaltigen constitutionellen Leiden vergesellschaften und auch durch Trauma oder Würmer verursacht sein. Indess die meisten Fälle der Erkrankung sind infectiösen Ursprungs. Die Vulvo-Vaginitis kann auch congenital erworben sein; sie kann sich vergesellschaften mit Masern und Scharlach, die sich auch nicht selten im Fötalleben entwickeln. Sie kann ferner bei der Geburt erworben werden, wie die Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, dabei ist es gleichgiltig, ob der Kopf oder Steiss voraus geht. Der infectiöse Charakter hat sich in verschiedenen Epidemien geoffenbart, die in den letzten Jahren von Dusch, Suchard, Sarazin, Tischendorf, de Amicis, Cséri, Frankel, Bouchal und Atkinson beschrieben sind. Als Ursache der traumatischen Form wurde besonders Masturbation, Nothzucht, das Einführen von Steinen, Stöcken und Muscheln in die Vagina angeführt. Von Parasiten sind es besonders Oxyuren, die vom Rectum aus in die Vagina einwandern und dort ihre Eier deponiren. Auch andere Intestinalwürmer kommen in Betracht. Indess glaubt Verfasser, dass in den meisten Fällen der Reiz der Würmer die Kinder zum Kratzen an den Genitalien verleitet und so eine reine mechanische Entzündung erzeugt. Mit Baginsky unterscheidet Currier 1. den einfachen Katarrh, 2. die Gonorrhöe, 3. den phlegmonösen, 4. dendiphthe-

ritischen Process. Der einfache vulvo-vaginale Katarrh ist etwas ganz Gewöhnliches bei Neugeborenen sowohl, wie bei älteren Kindern, bei Reichen und Armen, etwas häufiger allerdings bei letzteren. Wenn Gonococcen gefunden werden und Ausfluss, so handelt es sich um Gonorrhöe, wenn auch die Quelle der Infection nicht zu eruiren ist; es müssten denn gerade den Gonococcen morphologisch identische, aber verschieden charakterisirte Mikroorganismen im Spiel sein; da ja manche Autoren z. B. Frankel angeben, Gonococcen bei einfachem Katarrh gefunden zu haben. Syphilis, Rhachitis, Scrophulose, Mangel an Reinlichkeit, Hypersecretion, insbesondere Masern und Scharlach erzeugen den einfachen Katarrh. Die Dauer der Erkrankung richtet sich ganz nach den obwaltenden Umständen. Nach Beseitigung des ätiologischen Momentes verschwindet der Katarrh meist. Gonorrhoische Vulvo-Vaginitiden sind oft epidemisch beobachtet worden, besonders in Hospitälern, wo der Contact durch Bäder, Closets und andere Gegenstände die Infection vermittelten. Ebenso spielt Nothzucht eine grosse Rolle bei der Verbreitung der Gonorrhöe auf Kinder. Die Behandlung derselben ist oft ausserordentlich schwierig und langwierig. Phlegmonöse Vulvo-Vaginitis ist gewöhnlich traumatischen Ursprungs. Nach Vogel kommen gangränöse Processe besonders nach Typhus, Diphtherie, Masern, Pocken und Scharlach vor. Bei schlecht genährten Kindern sieht man zuweilen eine der Noma ähnliche Affection. Es kann sich zwar die phlegmonöse Form aus einfachem Katarrh entwickeln, jedoch muss immer ein traumatisches oder infectiöses Element mitgespielt haben. Es ist nicht immer leicht, die phlegmonöse Form von der gonorrhoischen zu unterscheiden; in der That kommen auch beide Processe zusammen vor, so in Fällen von Nothzucht, in welchen grosse Gewalt angewendet und gleichzeitig Gonorrhöe übertragen wurde. Diphtheritische Vulvo-Vaginitis nimmt ihren Ausgang stets in Gangrän und kommt besonders bei Diphtherie, jedoch auch bei Typhus, Masern und Scharlach vor. Die Behandlung bei jeder Form der Erkrankung besteht im Wesentlichen in der Anwendung von Antiseptica und Reinlichkeit. Dabei verdient das Allgemeinbefinden eine besondere Beachtung. Während des acuten Entzündungsstadiums vermeidet Verfasser intravaginale Injectionen. Später empfiehlt er entweder einfache Wasserirrigationen oder milde Lösungen der Antiseptica. Manche Kinder können die Injectionen der Schmerzen halber nicht vertragen, dann genügt es oft, die äusseren Genitalien mit 5procentigem Cocaïn zu bestreichen, um die Injectionen schmerzlos zu machen. Einen Tag um den andern spritzt Verfasser häufig 2procentige Argentum nitricum-Lösung in die Vagina. Bei Betheiligung der Urethra und Blase empfiehlt er milde Alkalina oder einfache Diuretica. Für die Behandlung der äusseren Genitalien eignet sich am besten Wismuth-Glycerintampon (1:8).

Ledermann.

In der Debatte über den Vortrag Lacassagne's (33) bemerkte Richardière, dass nach dem Stuprum Urethritis und Vaginitis noch kein sicheres Zeichen der Gonorrhöe ist; er habe in 20 Fällen nur 6 mal Gonococcen nachweisen können; in den Flecken der Wäsche sei ihm dies niemals gelungen. Pouchet hat auch in den Flecken — allerdings, wenn sie kaum getrocknet waren — Gonococcen gefunden.

Jadassohn.

Lloyd (34) hält die Vesiculitis, deren wesentlichste Ursache die Gonorrhöe ist und die oft mit Epididymitis zugleich vorkommt, für weit häufiger, als man gemeinhin glaubt. Die Krankheit, welche gewisse Analogien mit der Tubenentzündung aufweist, führt nur in seltenen Fällen zur Eiterung — dann incidirt man besser vom Damme als vom Mastdarm aus —, meist gelangt sie zur spontanen Rückbildung. Verwechselt wird sie meist mit Prostatitis oder Blasenhalskatarrh.

Rendu (35) berichtet über einen Patienten, der als Schwerkranker in das Hospital Necker aufgenommen, Albumen in reichlicher Menge in seinem Urin bot. Die Urinmenge war vermehrt, Fieber bestand nicht. Aus dem Umstande, dass der Urin nie zur Nachtzeit gelassen wurde, dass nie Oedeme bestanden, dass ferner keinerlei Veränderungen an Herz oder Gefässen vorhanden waren, endlich keine Kopfschmerzen oder Brechneigung bestanden, schliesst Verfasser, dass es sich hier um eine Nephritis auf infectiöser Basis handeln müsse. Die Anamnese bietet keinerlei Anhalt, weder bestand Rheumatismus, noch Alkoholismus, Bleimissbrauch etc., noch Tuberculose. Rendu gibt einer Gonorrhöe, die seit länger als einem Jahr bestanden war, die Schuld und schreibt dem reichlichen Gebrauch von Copaiv, Cubeben und Ol. Santal, mit welchen Mitteln die Gonorrhöe bekämpft worden war, nur eine nebensächliche Bedeutung zu. Die Prognose derartiger Fälle bezeichnet Rendu als eine gute, ohne sich jedoch weiter über das Schicksal seines Patienten auszulassen. Stein.

Myrtle (36) veröffentlicht zwei Fälle von schwerer Arthritis gonorrhoica, welche durch Einpackung und Compression, später passive Bewegung, leichte Massage und heisse Schwefeldouchen mit nachfolgender Einreibung von Kampheröl local, und durch innerlichen Gebrauch von Schwefelwässern geheilt wurden. Myrtle weist im Anschluss an diese Fälle auf die ausserordentlichen trophischen Störungen hin, welche bei anderen ähnlichen Erkrankungen, speciell beim gewöhnlichen Gelenkrheumatismus niemals so hochgradig werden, nie so schnell auftreten und so lange bestehen bleiben, wie bei der Arthritis gonorrhoica. Er neigt der auch von anderen Seiten vertretenen Ansicht zu, dass durch reflectorische Einwirkung von der entzündeten Urethra aus, gewisse Centren des Rückenmarks und Gehirns theilweise gelähmt werden. Dafür würde auch sprechen, dass in dem einen Falle an der entsprechenden anderen Extremität, deren Gelenke vollkommen frei waren, ein Muskelschwund vorhanden war. Zeising.

Gluzinski (37). Auf die Seitens des Endo- und Pericardiums im Verlaufe des Trippers bisweilen auftretenden Complicationen ist nur seit kurzer Zeit die Aufmerksamkeit gelenkt worden. Zuerst im Jahre 1854 beschrieb Brandes zwei dergleichen mit Arthritis gonorrhoica vergesellschaftete Fälle. Bis jetzt sind 31 analoge Beobachtungen bekannt, in deren gewisser Anzahl sogar die Gelenke unbetheiligt geblieben waren. Es geht aus diesen Beobachtungen hervor, dass der Verlauf der genannten Complicationen entweder bösartig ist und sich unter dem Bilde einer Endocarditis ulcerosa entwickelt, oder trägt derselbe einen chronischen und wenig ausgesprochenen Charakter, führt aber schliesslich zur Entwickelung von Herzfehlern. Es existiren zwei Anschauungen in Bezug auf die Genese dieser Complicationen. Entweder sind dieselben als unmittelbare Folge der Gonorrhöe anzusehen oder sie sind durch die Specification Neisser'scher Gonococcen bedingt, welche Meinung in der sicher constatirten Anwesenheit all der genannten Gebilde im afficirten Gelenke ihre Stütze findet, oder aber wird der betreffende Process einfach durch Uebertragung von nicht specifischen pyogenen Mikroorganismen übertragen, deren immer im Trippersecrete eine grosse Anzahl zu finden ist. In einem letal verlaufenden Falle von Endocarditis acuta, der während einer acuten Gonorrhöe entstanden war, gelang es nämlich Weichselbaum aus den an der Herzklappe befindlichen Vegetationen Culturen des Streptococcus pyogenes zu züchten. Gluzinski constatirte Complicationen Seitens des Herzens bei 8 ambulatorischen Kranken, die er behandelte. Neben frequentem Herzschlage fand er bei denselben pericarditische Reibegeräusche, die oft für die Hand

palpabel waren, dabei fehlten alle anderen ätiologischen Momente ausser einer acuten Urethralblennorrhöe. Die genannten Symptome verliefen ohne Fieber und riefen keine Alteration des Allgemeinbefindens hervor, dieselben wichen in der Mehrzahl der Fälle vollständig, und nur in 2 Fällen kam es zur Entwickelung eines Herzklappenfehlers. Bei einem Kranken machte Verfasser die interessante Beobachtung, dass im Verlaufe eines mehrere Monate bestehenden Trippers einige Male Symptome einer acuten Pericarditis auftraten und wieder schwanden; schliesslich wurde Patient von Schmerzhaftigkeit in einigen Gelenken ohne objective Veränderungen an denselben befallen, wobei im Herzen systolische Geräusche auftraten. In der Mehrzahl der vom Verfasser beobachteten Fälle, waren die Veränderungen an dem Herzen ohne vorhergehenden Gelenkreumatismus aufgetreten, in anderen, so z. B. in dem geschilderten, folgten sie denselben nachträglich. In allen Fällen traten die Complicationen Seitens des Herzens in den späteren Tripperstadien auf, was vielleicht die geringe Intensität derselben erklären mag, im Gegensatze zu den acuten Formen, die während des Bestehens von frischen Trippern aufzutreten pflegen. v. W.

Simpson's (39) Patient bekam im Verlaufe eines wahrscheinlich gonorrhoischen Rheumatismus plötzlich eine starke und sehr schmerzhafte Schwellung und Röthung der Kehlkopfschleimhaut, besonders am rechten Stimmband. Die Symptome gingen unter Jodkalibehandlung langsam zurück. Jadassohn.

Armstrong (40) demonstrirt das Präparat einer starken Hypertrophie der Tunica vaginalis, welche sich im Anschluss an eine auf gonorrhoischer Basis entstandene Hydrocele entwickelt hat. Ledermann.

Dubuc (41). Die Peritonitis, an welcher der seit Langem wegen einer Prostatahypertrophie und consecutiver Blasenschwäche katheterisirte Kranke zu Grunde gegangen ist, leitet Dubuc von einer Blasenruptur her, die zu perivesiculärer Urininfiltration und fortgepflanzter Bauchfellentzündung Anlass gegeben hat.

Hartmann (42) unterscheidet symptomatische und idiopathische schmerzhafte Blasenaffectionen und versteht unter den vesicalen Neuralgien solche, bei denen als Ursache organische Nervenerkrankungen, wie Tabes, ferner Krankheiten des Genitaltractes, wie Phimose, Stricturen der Urethra, Calculus der Blase oder Niere, Blasenkatarrh, organisches Nierenleiden, ferner alle Krankheiten der Adnexe der Blase, ebenso Analkrankheiten auszuschliessen sind. Derartige Fälle, die sich in ihren Symptomen in nichts von den schmerzhaften Zuständen unterscheiden, wie sie bei den oben genannten Krankheiten vorkommen, sind sicher beobachtet. Es besteht auch bei ihnen Harndrang, Schmerzen in der Eichel, dumpfes Schmerzgefühl in der Blasengegend u. s. f., aber nie Blutungen. Daneben können andere Symptome, die auf eine Neurasthenie hindeuten, vorhanden sein. Die Diagnose wird nur per exclusionem zu stellen sein. Die Behandlung ist wie bei anderen Erkrankungen nervöser Natur sehr vorsichtig einzuleiten, der Erfolg derselben ein sehr zweifelhafter. Stein.

Lewis (43) empfiehlt zur Behandlung der Gonorrhöe die Application von Salbenspritzen in die Urethra. Als Medicament bedient er sich entweder einer Borsäure-Lanolinsalbe oder einer 4procentigen Resorcin-Lanolinsalbe, der er eine Spur von Zincum sulfo-carbolicum beimischt. Er warnt davor, irgend ein Instrument in die tieferen Theile der Harnröhre einzuführen während des ersten Stadiums der Affection, insbesondere niemals

den Compressor urethrae zu passiren, bevor nicht unzweideutige Symptome einer Urethritis posterior aufgetreten sind. Die von Riel empfohlene Borsäure-Glycerininjection verwirft Lewis, da Glycerin die Schleimhaut ausserordentlich reizt und bei Gegenwart von Wasser wegen seiner hygroskopischen Beschaffenheit sofort seine Wirkung einbüsst. Ledermann.

Rice (45) empfiehlt die Einführung eines Katheters bis in die Pars prostatica urethrae, vermittelst welcher eine Solution von Acid. boric. ʒ iij, Glycerini ℥ j. in die Harnröhre injicirt wird. Die Behandlung soll in den ersten 2 oder 3 Tagen täglich, dann jeden zweiten Tag erfolgen. Gewöhnlich sollen 5 oder 6 Behandlungen in acuten Fällen genügen. In chronischen Fällen empfiehlt er dieselbe Behandlung abwechselnd mit Injectionen von milden Adstringentien. Ausserdem gibt Rice innerlich Copaiv-Balsam etc. Galewsky.

Salaroli (46) pflichtet Brewer darin bei, dass das Sublimat die entzündlichen Erscheinungen der acuten Urethritis aufhält und auch bei der Behandlung des chronischen Trippers sehr gute Dienste leistet. Seine Erfahrungen stützen sich auf 11 Fälle von Urethritis und 8 Fälle von Vaginalblennorrhöe. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 34·3 Tage. Salaroli zieht endo-urethrale Irrigationen den Injectionen vor, wobei er die Anwendung heisser Lösungen von geringer Concentration anräth. Dornig.

Als Indicationen für die Salbensondentherapie stellt Schadek (47) auf: 1. Chronische Urethritiden mit Infiltration und Schwellung von Mucosa und Submucosa. 2. Atonische Formen mit passiver Hyperämie. 3. Nervöse Erkrankungen des Sexualsystems, Neurasthenie. 4. Alle Fälle, in denen aus irgend welchen Gründen eine andere Therapie nicht durchführbar ist. Contraindicirt ist diese Therapie, wenn reichliche eiterige Absonderung, hochgradige Empfindlichkeit der Urethra, Schüttelfrost, Ohnmacht, auf Einführung der Sonde auftreten. Finger.

Lavaux (48) empfiehlt sowohl für den Katheterismus, als auch für andere kleinere Manipulationen in der Urethra die Injection von 2—4procentiger Cocaïnlösung und zwar vor Allem mittelst der von ihm angegebenen Spülung „sans sonde". Das Mittel ist auch bei den schmerzhaften Erkrankungen der Blase souverän, nur muss man dann grössere Mengen (15 bis 20 Gr.) einspritzen; Spasmen der Urethra, Tenesmus etc. werden auf das Erfolgreichste mit Cocaïn bekämpft.

Frey (49) hat in der Abtheilung von Mosetig-Moorhof 23 Fälle von Blasenkatarrh mit Jodoformemulsionen behandelt und berichtet über sehr günstige Erfolge, welche auf der andauernden desinficirenden und der anästhesirenden Wirkung des Mittels beruhen. Nach mehrmaliger Ausspülung der Blase mit warmem Wasser wurde die in folgender Weise bereitete Flüssigkeit (jeden dritten Tag einmal) injicirt: Von der Emulsion (Jodoform. 50·0, Glycerin. 40·0, Aq. destill. 10·0, Gummi tragac. 0·25) ein Esslöffel in einem halben Liter lauen Wassers suspendirt. Jadassohn.

Durand (50) verwirft den Katheter zum Ausspülen der Blase und benützt an Stelle dessen ein „Cystoclyste" benanntes Instrument, im Wesentlichen ein Rohr, das einen 5 Ctm. langen, conischen Urethralansatz hat. Die Flüssigkeit dringt durch den Druck ihrer eigenen Schwere in die Blase.

Lavaux (51) zieht, durch verschiedene Unglücksfälle belehrt, die Anwendung des Cocaïns bei Cystitis dolorosa der des Morphiums vor.

J. Carter (52) hat auf Veranlassung von Berkeley Hill Pulsatilla-Tinctur in Epididymitisfällen intern verabreicht; er gibt offen zu, allein durch Ruhelage gleiche Erfolge erzielt zu haben.

v. Rustizky (53) empfiehlt als einfachen und stets brauchbaren Druckverband für den Hoden vor Allem an Stelle des mit mannigfachen Unzuträglichkeiten verbundenen Fricke'schen Verbandes folgende Methode: Nach Herabziehung des Hodens werden oberhalb desselben mit einer 3 Ctm. breiten Flanellbinde spiralige und Zirkeltouren gemacht und die Binde schliesslich mit einem dünnen, an ihr befestigten Bande geschlossen. Dann legt man eine aus zwei kreisförmigen Flanellstücken und einem zwischen ihnen liegenden Guttaperchapapier-Ausschnitt bestehende Scheibe vor den unteren Theil des Hodens und umwickelt diese dann von oben an mit einer zweiten Flanellbinde in Spiraltouren. Die Flanellscheibe, welche 5—6 Ctm. mehr im Durchmesser haben muss, als dem Umfange des Hodens entspricht, wird peripherisch eingeschnitten. Den Druck kann man beliebig reguliren und der Patient soll sehr bald selbst lernen, einen solchen Verband anzulegen. Jadassohn.

Brewer und Otis (54) bedauern, die Bedingungen nicht annehmen zu können, welche ihnen Newman betreffs der Abhaltung einer öffentlichen Prüfung der elektrolytischen Stricturbehandlung durch eine Fachcommission gestellt hat. Die Gründe, welche sie für ihre Ablehnung angeben, sind ohne jedes allgemeine Interesse. Ledermann.

Daywalt (55) führt zur elektrolytischen Behandlung der Stricturen ein Bougie mit isolirter, eiförmiger Metallspitze (welche eine Nummer dicker ist, als die Strictur) ein und verbindet sie mit dem negativen Pol (der positive liegt auf dem Leib); der Strom wird gerade so stark genommen, dass der Patient noch keinen wirklichen Schmerz empfindet. Nach einigen Minuten wird die Strictur passirt, die Sonde durch eine stärkere ersetzt und so fort, bis die normale Weite erreicht ist. Die Sitzungen werden in Zwischenräumen von 5—10 Tagen wiederholt.

Fort (56) J. A. bespricht den Unterschied der von Mallez und Tripier geübten Elektrolyse, die auf die gesammte Circumferenz der verengten Stelle direct wirkte und seiner, die mit einer in die verengte Partie eingestochenen Nadel nur lineär wirkt. Erstere cauterisire, während letztere mehr chemisch wirke. An der Hand mehrerer Fälle weist er ferner nach, dass seine Methode bei traumatischen Stricturen denselben guten Erfolg habe, wie bei blennorrhagischen. Stein.

Keyes (57) unterscheidet drei Arten von Strictur in der Urethra posterior. 1. Die oberflächliche lineäre, fibröse, mit entzündlichen und spastischen Complicationen. Diese nennt er „weiche" Stricturen. 2. Die rein narbige, fibröse Strictur und 3. die callöse Strictur, bei der sich Entwickelung von neuem, knotig wucherndem Gewebe findet neben dem wahren fibrös-narbigen Element. Weiche Stricturen sind gelegentlich — durchaus nicht immer — völliger Heilung durch Dilatation fähig; mässig angewandte Elektrolyse schadet nichts, wirkt aber nach Verfassers Ansicht nur durch die Dilatation, welche die dabei verwendeten Instrumente ausüben. Rein fibröse, lineäre Stricturen, besonders wenn sie traumatischen Ursprunges sind und bei Patienten sich finden, welche nie an Gonorrhöe litten, können bisweilen durch völlige Spaltung der Strictur an der oberen wie unteren Seite des Canales und weitere Behandlung mittelst gelegentlicher Einführung sehr starker Bougies gründlich geheilt werden. Die callösen Stricturen

scheinen mit dieser Behandlungsart nicht gründlich heilbar zu sein, wohl aber mittelst totaler Excision alles krankhaften Gewebes und Naht der gesunden, durchtrennten Enden der Urethra, oder in Fällen, in denen ein grösserer Substanzverlust solche Annäherung, wie sie die Naht erfordert, unmöglich macht, durch Transplantation von Streifen gesunder Schleimhaut, die irgendwo andersher entnommen sind (nach Wölfler's Methode).

Sternthal.

Skrebitzky (60). Die Statistik aus den Findelhäusern Petersburgs und Moskaus (in Petersburg werden 36 Procent aller Neugeborenen ins Findelhaus gebracht) ergibt einen Procentsatz von mindestens 6·6 Procent für die Blennorrhoea neonatorum; 69 Procent von diesen wurden schon inficirt ins Findelhaus gebracht; für die arme Bevölkerung nimmt Skrebitzky noch höhere Zahlen — 8—12 Procent Blennorrhöen — an. Er befürwortet die möglichste Verbreitung des Crédé'schen Verfahrens.

Venerische Helkosen.

1. **Stein** Alexander W. Serpiginous chancroid of the vagina. — American association of genito-urinary surgeons. Third annual meeting, held at Newpost, 21. May u. 22. The New York Med. Journ. 15. Juni 1889.
2. **Troisfontaines.** Gangrène spontanée essentielle de la verge. — Ann. de la soc. med.-chir. de Liège. Mars 1888. Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1889.
3. **Taurin** Louis. Contribution à l'Étude de la Lymphangite gangréneuse du pénis. — Thèse pour le Doctorat en Médecine. Paris 1889.
4. **Boileau** J. P. (Woolwich). On the Opening of buboes. — The Brit. Med. Journ. 6. July 1889.
5. **Schadeck.** Zur Anwendung der Salicylsäure bei Behandlung der venerischen Geschwüre. — Internat. klin. Rundschau 1889, 24.
6. **Schadeck.** Ueber die Behandlung venerischer Geschwüre mit Sozojodolkali. — Wiener med. Blätter 1889, 24.

Der zweite Fall, über den Stein (1) in oben genannter Versammlung berichtet, betraf eine 25jährige Ehefrau, die nie geboren hatte. Einen Monat vor ihrem Eintritt in das Hospital hatte sie an ihren Genitalien eine Wunde von ihrem Gatten acquirirt. Bei ihrer Aufnahme hatte sie brennende Schmerzen beim Wasserlassen und starkes Reissen in der linken Hüfte und dem Oberschenkel. Die Untersuchung ergab einen phagedänischen Schanker an der linken Wand der Vagina. Die linken Inguinaldrüsen waren geschwollen. Die Kranke hinkte wegen der Schmerzen in der linken Seite. Aus der Vagina entleerte sich reichlicher, eiteriger Ausfluss. Patientin war sehr abgemagert und schwach. Einige Zeit später trat eine heftige Hämorrhagie aus der Scheide auf, die ihren Ursprung in der Ulceration der Vagina zu haben schien. Patientin wurde mit Morphium und Whisky behandelt. Andere Hämorrhagien folgten nach, standen aber vor Ankunft des Arztes. Dann kam es zu einer Harnverhaltung, die den Gebrauch des Katheters nothwendig machte. Eine neue Blutung wurde mit Tampons von Ferrum subsulfuricum gestillt; aber Patientin ging bald an Erschöpfung zu Grunde. Die Section ergab: Hochgradige Anämie der Eingeweide; oberflächliche Ulceration an der linken Seite der Vagina, von der eine Fistel in das linke Cavum pelvicum führte, das mit coagulirten Blutmassen angefüllt war. Die Beckenfascie war durchbrochen, das Ligamentum ischio-sacrale zerstört, die Glutäalmuskeln buchtig zerfressen. Die Ursache der Blutung wurde in einer

Erosion einer der Zweige von den vorderen Aesten der Arteria iliaca interna gefunden.

Ledermann.

Troisfontaines (2) berichtet über einen jungen, gesunden Mann, bei dem ohne eruirbare Ursache (kein Trauma, letzter Coitus vor mehr als zwei Monaten) sich plötzlich am Dorsum penis in der Nähe der Glans Schmerzen einstellten, die von Oedem gefolgt waren, das weiterhin zu einer Gangrän von einem Umfange von 19 Ctm. führte. Der Allgemeinzustand war dabei ein schwerer. Nach Abstossung der gangränösen Trümmer heilte die Affection mit einer Narbe, welche die Penishaut an die Glans fixirte und so eine leichte Krümmung des Penis verursachte.

Stein.

Taurin (3) gibt uns nach einer kurzen Einleitung zuerst eine Definition der allgemeinen Gangrän. Ihre Entstehung, führt er dann weiter aus, ist auf allgemeine Krankheitsanlagen und locale Ursachen zurückzuführen, wie es von den verschiedensten Beobachtern beschrieben worden ist, dann auf eine specielle Ursache, von Fournier als Gangrène spontanée bezeichnet, sonst auch Lymphangitis gangraenosa genannt. Eine solche Lymphangitis gangraenosa penis unterscheidet sich wohl von den anderen daselbst vorkommenden Gangränen, sowohl durch die Schnelligkeit, mit der sie verläuft, als auch durch die Ausdehnung, welche sie annimmt und die Veränderungen, welche sie im Anfang ihres Entstehens macht. Ihren Sitz hat sie im Gebiet des ganz oberflächlich gelegenen Lymphgefässsystems. Nach den Erfahrungen des Verfassers werden gewöhnlich jüngere Individuen von ganz normalem Gesundheitszustand bei oft kräftiger Constitution davon befallen. Da der Anfang der Erkrankung noch nie unumschränkt sicher beobachtet sei, so müsse man sich hier auf die Mittheilungen der Patienten verlassen. Dieselben berichten gewöhnlich von einer anfänglich unbedeutenden, schmerzfreien Pustel oder Erosion an der Präputialfalte bei mässiger Schwellung des etwas gerötheten Präputium. Dazu treten bald geringe locale Schmerzen, ein Gefühl der Schwere beim Gehen in den Inguinalfalten, diffuse Schmerzen in den Beinen. Nach kurzer Zeit wendet sich der Kranke an den Arzt, denn plötzlich hat sich der Zustand geändert. In wenigen Stunden, und das ist charakteristisch für die Lymphangitis gangraenosa penis, ist das Präputium stärker geschwollen, die Schmerzen sind heftiger geworden, der Allgemeinzustand hat sich verschlimmert. Man sieht deutlich die Narben der kleinen, geplatzten Bläschen, eine einförmige Röthe, deren Ränder gezackt erscheinen ohne Vertiefung oder Erhöhung zeigend, erstreckt sich bis ins gesunde Gewebe. Oft, wenn auch nicht stets beobachtet, sieht man die entzündeten Lymphstränge deutlich durch. Die am meisten vom Brand befallenen Schichten sind die subepidermialen und die Schleimhaut der Glans. Der Process schreitet dann mit einer solchen Schnelligkeit fort, dass, wie der Verfasser sagt, oft bei der ersten Untersuchung des Kranken die Epidermis an den Fingern kleben bleibt. Der Charakter der Lymphangitis ist beinahe vollständig geschwunden, in den betreffenden Präparaten sieht man die entzündeten Lymphgefässe nicht mehr. Der Kranke bietet im weiteren Verlaufe schwere Allgemeinerscheinungen dar, die Haut an der befallenen Stelle verliert ihre Sensibilität und schrumpft vollständig ein, aber so, dass sich häufig noch kleine Inseln gesunder Haut dabei zeigen. Die Ausdehnung ergreift oft das ganze Gebiet des daselbst gelegenen oberflächlichen Lymphgefässsystems. Das abgestorbene Gewebe stösst sich allmälig ab und es vergeht geraume Zeit bis zur Verheilung. Die Diagnose, sagt der Verfasser, ergibt sich von selbst, man wird die Erkrankung kaum mit einem Erysipel oder Lymphangitis in Folge von Schanker verwechseln. Die Prognose ist stets eine schwere. Aus dem am Schlusse angeführten Krankenmateriale geht hervor, dass Fälle, welche mit einer ungewöhnlichen Heftigkeit ver-

liefen, heilten, während andere scheinbar leichter Erkrankte ohne schwere Allgemeinerscheinungen zu Grunde gingen. Was die Therapie betrifft, so äussert sich der Verfasser, dass man keine Cauterisation anwenden dürfe, weil dadurch zu grosse Defecte entstünden, er empfiehlt eine zweiprocentige Chlorlösung zu Waschungen und Einpuderung. Vor allen Dingen habe man den Allgemeinzustand des Patienten möglichst zu heben und das abgestorbene Gewebe, so weit es geht, mit Schonung zu entfernen.

Hilgenstock.

Boileau (4) zieht bei der Behandlung der Bubonen die Punction mittelst eines schmalklingigen Bistouris der freien Incision entschieden vor. Er wendet diese Art der Behandlung schon seit 24 Jahren an und kann sie allen Denen warm empfehlen, welchen an einer Abkürzung des Heilverlaufs liegt. Bedingung für den günstigen Erfolg ist die Gegenwart von Eiter.

Ledermann.

Die zuerst von Boyland, Fieng, Bella, dann von H. v. Hebra empfohlene Salicylsäure zeigte nach den Erfahrungen von Bogolubow, Ingria, Profeta nicht die ihr zugeschriebene Wirkung, den weichen Schanker in Kurzem zu heilen. Auch Schadeck (5) beobachtete bei seinen Versuchen, bei denen er nach dem Vorgang Hebra's das Pulver auflegte, intensive Reactionserscheinungen, heftige Entzündung, rapide Vergrösserung der Geschwüre, profuse Eiterung, Schmerz in den benachbarten Drüsen. Bessere Resultate, keine oder geringe Reizerscheinungen, rasche Reinigung der Geschwüre beobachtete er bei Application von 5—10 Procent Salicylsalben. Er kommt daher zum Schluss, dass dem Salicylsäurepulver die ihm vindicirte Eigenschaft, weiche Schanker zu heilen, abgehe, dasselbe im Gegentheil starke Reizerscheinungen erzeuge. Besser, aber auch unzuverlässig sei die Salbe.

Finger.

Schadeck (6) hat das Sozojodolkali sowohl bei weichen, als zerfallenden harten Schankern angewendet und gefunden, dass es die Eiterung rasch beschränkt, schöne Granulationen erzeugt, rasche Ueberhäutung bewirkt. Nachdem es nebenbei geruchlos, seine Application schmerzlos ist, empfiehlt er es allein oder in Verbindung mit Creolin als guten Ersatz für Jodoform.

Finger.

Syphilis. Allgemeiner Theil.

1. **Lewy** J. Ueber Syphilis und Smegmabacillen. Inaug.-Dissertation. — Bonn 1889.
2. **Langlebert.** Traité pratique de la syphilis. — Paris (O. Doin) 1888.
3. **Monroe** George I. Unity or duality of syphilis. — The Med. Record. 18. Mai 1889.
4. **Tait** Lawson. Syphilis and marriage. Nottingham medico-chirurgical Society. Friday, 31. May 1889. — The Brit. Med. Journ., 22. Juni 1889.
5. **Gamberini.** Studi e proposte interno alla sifilide per allattamento in relazione specialmente cogli stabilimenti che accolgono i trovatelli. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, 1.
6. **Collier** S. R. Two cases of non-venereal Syphilis. — Brit. Med. Journ. pag. 1114. 18. Mai 1889.
7. **Ullmann.** Autoinfectio syphilitica. Postinitiale Infection. — Wiener klin. Wochenschr. 1889, Nr. 21 u. 22.
8. **Renault.** Étude sur la syphilis contractée à un age avancé. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 3, 4, 5.

9. **Besnier.** Syphilis secondaire à accident initial introuvable. Réun. hebd. clin. de l'hôpit. St. Louis 14. März 1889. — Ann. de derm. et de syph. 1889. 5.
10. **Baudouin.** Contribution à l'étude des Syphilis graves précoces. Thèse de Paris 1889 (G. Steinheil).
11. **Philipps** Sidney. Syphilitic fever nine years after infection. Ref. in „Our London Letter". — The Med. Record, 18. May 1889.
12. **Fournier.** Syphilis aggravé par l'alcoolisme. Réun. clin. hebd. de l'hôpit. St. Louis. 28. Februar 1889. — Ann. de derm. et de syph. 1889. 4.
13. **Annel.** Ueber die Beziehung der Syphilis zu den eruptiven Fiebern, Thèse de Paris 1887.
14. **Lepers.** Syphilis et Paludisme. — Thèse de Lille 1889. Imprimerie C. Robbe.
15. **Talysin.** Syphilis complicated with scurvy. — Lancet 22. Juni 1889.
16. **Rouby.** Contribution à l'étude de l'hystérie toxique, de l'apoplexie hystérique dans la syphilis. — Thèse de Paris 1889 (Henri Jouve).
17. **Herzenstein.** Ueber die wünschenswerthe Einheitlichkeit beim Sammeln statistischer Daten über die Syphilis in Russland. III. Congress russischer Aerzte zu St. Petersburg. Jänner 1889.
18. **Bermann** L. The Possibility of latent syphilis causing infection. — Med. Society of Columbia 20. Februar 1889. The Journ. of the Americ. Med. Associat., 7. September 1889.
19. **Le Grand.** La syphilis cause d'avortement. — Thèse de Paris 1889.
20. **Vail** Mc. Vaccination and syphilis. — Lancet, 10. August 1889.
21. **Hervieux.** Syphilis vaccinale. — Acad. de méd. de Paris, 23. Juli 1889.
22. **Herzenstein.** Syphilisinfection der Säuglinge durch Ammen. — III. Congress russischer Aerzte in St. Petersburg.
23. **Tschistjakow.** Quelle der Syphilisinfection bei Männern. — III. Congress russischer Aerzte zu St. Petersburg. (Die mangelhaft polizeiliche Controle trägt vielfach Schuld an der häufigen Syphilisinfection.)
24. **Whitehead** H. R. Notes on an outbreak of syphilis following tattooing. — The Brit. Med. Journ., 14. September 1889, pag. 601.
25. **Albini** e **Baldi.** Intorno ad un caso di sifilide dell' ilo del Fegato. — Riforma med. 1889, Nr. 84.
26. **Vajda.** Beiträge zur klinischen Diagnose der syphilitischen Infection während des Incubationsstadiums. — Wiener med. Wochenschr. 1889, Nr. 15 u. ff.
27. **Ingenhoven** H. Syphilis und Carcinom, Inaug., Dissertation-Bonn 1889.
28. **Valaneix.** Étude sur la fièvre syphilitique prodromique de la période secondaire. — Thèse de Paris 1889.
29. **Cucca.** Tre casi di sifilide galoppante. — Progresso med. 1888.
30. **Galliard.** Rachitisme et syphilis. — La semaine méd. 1889, Nr. 38.
31. **Meyer** Leopold. Ueber Albuminurie bei der mit Zwillingen, Hydramnios, engem Becken oder Syphilis complicirten Schwangerschaft und Geburt. — Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkolog. 1889, XVII. Bd., 1 Heft.
32. **Beaven Rake.** Addisons disease associated with Syphilis and leprosy in a hindu. Lancet, 3. August 1889.
33. **Manssubow.** Klinische Sammlung für Dermatologie und Syphilidologie; Moskau, Februar 1887.

Lewy (1). Die Untersuchungen verdienen schon deshalb, weil sie unter Doutrelepont's Leitung angestellt sind, besondere Beachtung. Im normalen Smegma fanden sich die Bacillen in einer der Menge des Secretes

direct proportionalen Anzahl. Die im von Weibern herrührenden Secrete beobachteten erscheinen kleiner und zarter gebaut, was entweder durch den weniger günstigen Nährboden oder das anders geartete Medium wohl bedingt sei. Auf eine detaillirte Schilderung der einzelnen Formen (Bitter) wird mit gutem Grunde verzichtet. Die verschiedensten Färbemethoden wurden zwar mit mehr oder weniger gutem Erfolge in Anwendung gezogen, aber am sichersten und bequemsten gelangte Lewy zum Ziele, wenn Carbolfuchsin als Färbemittel gebraucht wurde und die Entfärbung in Aq. dest. geschah. Blieb dabei die eine Hälfte der Präparate 2 Minuten in 20procentiger Salpetersäure, die andere $^1/_2$ Minute in 90procentigem Alkohol, so zeigte die erstere die Bacillen intensiv roth, während in dieser sich nur vereinzelte, schwach gefärbte nachweisen liessen. Die Smegmabacillen ertragen also die Säurewirkung bedeutend länger, wie die des Alkohols. Auch bei Untersuchung luetischer Producte wird der Carbolfuchsinmethode der Vorzug eingeräumt. Auch im Blute, vermittelst Scarification eines Condyloma lat. penis gewonnen, gelang der Nachweis eines hakenförmig gekrümmten, gut gefärbten Bacillus (mit Thymolmethylviolett 48 Stunden gefärbt, Eisenchlorid, Alkohol und Wasser entfärbt). Bei Eisessig-Einwirkung entfärbten sich die nach Lustgarten's Methode sichtbar gemachten gracileren Stäbchen fast momentan, während die plumperen nach 25 Secunden noch ziemlich gut gefärbt erschienen. Syphilis- und Smegmabacillen lassen sich in verschiedener Hinsicht gut differenziren; während jene, meist schlanke, gerade oder gebogene Stäbchen, gewöhnlich dem Epithel aufliegen, auch frei liegen, aber selten in grösseren Haufen erscheinen, zeigen diese eine grössere Mannigfaltigkeit der Formen, kommen oft in sehr grossen Haufen den Epithelien auf- oder anliegend vor, aber auch zahlreich ausserhalb der Epithelien. Alkohol entfärbt die Smegmabacillen bald, während Säuren 2 Minuten und darüber, Eisessig bis zu 25 Secunden ertragen werden. Die Syphilisbacillen dagegen werden durch Eisessig fast sofort, durch Säuren nach 30—45 Secunden entfärbt, während sie Alkohol ziemlich lange ertragen. Dass auf Grund solcher markanter Unterscheidungsmerkmale Syphilis- und Smegmabacillen strenge geschieden werden, ist gewiss gerechtfertigt, wenn auch vorsichtiger Weise hinzugefügt wird, dass wir den Lustgarten-Doutrelepont'schen Bacillus in den Secretpräparaten vorläufig als diagnostisches Hilfsmittel noch nicht verwerthen können. Wenn wir auch keineswegs hinsichtlich der ätiologischen Bedeutung der Syphilisbacillen durch die vorliegenden Untersuchungen zu einem definitiven Abschlusse gelangt sind, so erblicken wir wohl mit Recht in demselben ein willkommenes Unterstützungsmoment der noch lebhaft ventilirten Frage in dem wiederholt geäusserten Doutrelepont-Matterstock'schen Sinne. Recht gelungen sind die Zeichnungen, deren eine die verschiedenen Formen der im Smegma beobachteten Bacillen veranschaulicht, während die andere eine (durch Carbolfuchsinwasser gewonnene) im luetischen Secrete vorgefundene Gruppe gerader und gebogener, zum Theil am Ende knopfförmig aufgetriebener Stäbchen aufweist. Max Bender.

Nachdem Langlebert (2) auf das Ausführlichste die verschiedenen Formen, unter welchen die Syphilis auftreten kann, besprochen hat, wendet er sich zu der Frage: dürfen Syphilitische heiraten oder nicht? Langlebert gestattet die Heirat jedem Individuum, welches nach einer leichten oder mittelschweren Lues, und nach einer 15—18monatlichen specifischen Behandlung ein Jahr verbracht hat, ohne neue luetische Symptome zu zeigen. Indessen verlangt er dann noch ein Jahr als Probezeit und ante nuptias eine specifische Behandlung von zwei oder drei Monaten. Luetischen Frauen untersagt er unbedingt die Heirat. Auch Langlebert hält ebenso wie sein Vater

das Mercur für ein specifisches, unfehlbares Mittel gegen die Erscheinungen der Secundärperiode; er warnt aber eindringlich vor dem „outrancisme hydrargyrique“ Fournier's und führt eine grosse Anzahl von Erscheinungen, welche Andere der cerebralen Lues zuschreiben (wie clonische Krämpfe, Hemiplegien, Epilepsie etc.) auf übermässigen Mercurgebrauch zurück. Er empfiehlt demgemäss auch mehr die innerliche Darreichung und will die Schmier- und Injectionscur nur bei ausnehmend schweren Fällen angewendet wissen. Unter den innerlichen Mitteln bevorzugt er entschieden das Sublimat vor dem Protojodür. Jod wendet der Verfasser erst nach dem fünften oder sechsten Monat an, er betrachtet als mittlere Dosis 1·0—1·5 Gr. pro die. Diese Jodtherapie soll 15—18 Monate mit Intervallen fortgesetzt werden. Zweckmässig ist es noch, je zwei bis drei Monate während der nächsten drei Jahre dieselbe Therapie zu befolgen. Hierauf gibt der Verfasser noch kurze Notizen über die locale Behandlung und die der Lues hereditaria. Den Schluss des Werkes bildet ein kurzes historisches Capitel. Galewsky.

Monroe (3) glaubt der alten Unitätsanschauung der Syphilis dadurch wieder Geltung verschaffen zu können, dass er einen Fall citirt, in welchem ein junger Mann ein typisches Ulcus molle acquirirte, dem sieben Wochen später syphilitische Secundärsymptome folgten. Die betreffende weibliche Infectionsquelle bot nur ein weiches Schankergeschwür, keine Luessymptome dar. Ist daraus nun zu schliessen, wie es Monroe thut, dass sie wirklich frei von Lues war? Kann nicht eine früher syphilitisch inficirt gewesene Person, deren Lues sich im Stadium latens befindet, auch einmal ein Ulcus molle acquiriren, dessen Contact auf ein anderes Individuum zugleich Schanker- und Syphilisgift überträgt? Von dem Vorkommen eines Chancre mixte scheint Verfasser keine Kenntniss zu haben. Was das Fehlen jeglicher Induration des Ulcus anbetrifft, so weiss jeder erfahrene Arzt, dass dieselbe oft so minimal ist, dass sie übersehen wird, ja dass sie unter Umständen auch einmal fehlen kann (Cf. Margoniner: Zur Kenntniss der Primäraffecte). Ledermann.

Tait Lawson (4), welcher eine Discussion über die Beziehungen der Syphilis zur Ehe eröffnete, berichtete über zahlreiche Fälle, wo Aerzte, die Syphilis gehabt und bald darauf geheiratet hatten, ihren Frauen und Kindern die Krankheit nicht übertragen hatten. Er schliesst daraus, dass die Syphilis heilbar sei. Dagegen hält er den Tripper für eine sehr ernste Krankheit, die viel grössere Gefahren bedinge als die Syphilis. Der Vorsitzende der Gesellschaft, Handford, schliesst sich den Ansichten des Vorredners an und bemerkt dazu, dass die Lues jetzt in allen Punkten viel milder auftrete, als bei früheren Generationen und dass die manifesten Symptome bei den Bewohnern des Westend-Stadttheils wieder leichtere wären, als bei denen im Ostviertel. Newman (Stamford) weist auf die Nothwendigkeit einer genauen Untersuchung hin, bevor man den Consens zur Heirat gewährt. Bell Taylor bemerkt, dass Uebertragungen der Lues auf Weiber und Kinder immer seltener würden und nimmt mit Hutchinson an, dass nicht mehr als 1 von 5000 Einwohnern die Symptome der Hereditärsyphilis aufweise; zugleich spricht Winkler den Wunsch aus, dass andere ernstere Krankheiten einer Behandlung ebenso direct zugänglich sein möchten, wie die Lues. Nach einigen Bemerkungen von Brookhouse und Elder bemerkt Snell, der seine Erfahrungen aus seiner Thätigkeit als Impfarzt darlegt, dass er die Syphilis als die gewöhnlichste, perniciöseste und der Behandlung am wenigsten zugängliche Krankheit unter den Armen gefunden habe. Ledermann.

Gamberini (5) bespricht die Verbreitung der Syphilis durch die Säugung mit besonderer Rücksicht auf die Findelanstalten. Die Massregeln,

welche er zur Verhütung dieser Verbreitungsart der Syphilis vorschlägt, berechtigen zu dem Schlusse, dass die Findelhäuser in Italien in Bezug auf Hygiene und genaue ärztliche Controle der Säuglinge und der Ammen Manches zu wünschen übrig lassen. Gamberini verlangt, dass den Vorschriften der Hygiene in besagten Anstalten volle Rechnung getragen werde und dass, wenn sich bei den Findlingen oder bei den Ammen syphilisverdächtige oder manifeste luetische Erscheinungen zeigen, dem betreffenden Individuum sofort jene ärztliche Hilfe zu Theil werde, welche ihnen ein gut geleitetes Krankenhaus bieten kann. Ferner eifert Gamberini mit Recht gegen den Abusus, mehrere Kinder gleichzeitig von einer Amme säugen zu lassen, da dieser Vorgang die Gefahr der Uebertragung der Syphilis von einem Säugling auf die Amme und von dieser auf die übrigen von ihr gesäugten Kinder involvirt. Bei latenter Syphilis der Säuglinge dürfen diese, wie Gamberini will, nur von Ammen ernährt werden, welche bereits syphilitisch waren oder welche noch gegenwärtig tertiär syphilitische Erscheinungen zeigen. Schliesslich fordert Gamberini eine räumliche Trennung der Findelanstalten in drei besondere Abtheilungen: für die gesunden, verdächtigen und syphilitisch kranken Kinder. Dornig.

Collier (6). Fall von Familiensyphilis ohne besonders hervorragende Momente. — Mutter und Schwester einer syphilitischen Frau ohne beobachtete Primäraffecte inficirt, wahrscheinlich von dem congenital-syphilitischen Kinde der extraconjugal inficirten Frau. Arning.

Ullmann (7) gibt — aus der Abtheilung Lang's — einen Beitrag zu der viel besprochenen Frage, ob der Primäraffect bereits der Ausdruck der Allgemeininfection sei, indem er einen Fall von zweifelloser Autoinfection genau beschreibt. Der wegen einer Initialsklerose am Frenulum und Orificium urethrae auf der Abtheilung bereits (mit 0·8 Ol. ciner.) behandelte Patient kam zehn Tage nach seiner Entlassung (circa sechs Wochen nach der ersten Aufnahme) mit einer neuen, knorpelharten, nahe am Vorhautsaum gelegenen Sklerose, an welche sich ein sehr deutlich indurirter Lymphstrang anschloss, wieder ins Hospital. Das erste Ulcus war bereits mit einer derben Narbe abgeheilt. Das Ulcus wurde durch die Excision entfernt. Der Patient stellte sich nach weiteren vier Wochen mit einem spärlichen maculo-papulösen Exanthem und Erythem der Rachenschleimhaut und Tonsillen vor. Auf Grund einer sorgfältigen, alle Möglichkeiten und auch die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen in Erwägung ziehenden Epikrise kommt Ullmann zu dem Schlusse, dass es sich in dem vorliegenden Falle um eine indirecte Autoinoculation vor Eintreten der constitutionellen Lues gehandelt habe; auch die von Lang besonders betonte regionäre Ueberwanderung des syphilitischen Virus hält er für diesen Fall wohl mit Recht für ausgeschlossen. Jadassohn.

Renault (8) hat die Frage des Verlaufes der in höherem Alter acquirirten Syphilis zum Gegenstande einer eingehenden, höchst lesenswerthen Studie gemacht. Die Details derselben sind im Originale nachzulesen. Referent will aus der Fülle derselben nur hervorheben, dass nach den Untersuchungen Renault's der Initialaffect sich langsam entwickelt, durch längere Dauer, geringere Tendenz zur Heilung auszeichnet. Die denselben begleitende Drüsenschwellung, stets polyganglionär, ist meist sehr typisch. Trotzdem ist doch die Differentialdiagnose, besonders bei extragenitalem Sitze, dem Carcinom gegenüber recht schwierig. Sehr schwer sind meist die Eruptionserscheinungen; schwere Fiebererscheinungen und nervöse Erscheinungen, schwere Algien in Nerven, Muskel, Beinhaut veranlassen Irrthümer in der Diagnose. Von Hautsyphiliden ist Roseola selten, papulo-

squamöse Formen häufig, die Tendenz derselben zu Recidiven gross, deren erste meist sechs Monate nach der Infection sich einstellt. Beachtenswerth sind die beim Greise viel häufigeren Störungen des Centralnervensystems und der Sinnesorgane schon frühzeitig im Secundärstadium. Dabei ist die Anämie und Kachexie stets sehr ausgesprochen. Ebenso stellen sich meist frühzeitig Hautgummen ein. Diese treten in grosser Zahl mit destructiver Tendenz auf, widerstehen der Therapie lange, recidiviren häufig. Das Capitel der Diagnose bespricht nun in ausführlicher, lesenswerther Weise all die genannten, bei Syphilis des Greises sich einstellenden Erscheinungen mit Rücksicht auf die Differentialdiagnose der senilen Veränderungen und der dem Greisenalter eigenen Erkrankungen, so: Gehirnsyphilis, Dementia senilis, Arteriosklerose, Gumma, Glossitis, Carcinom, ihre Mischformen: Lebersyphilis, Amyloidentartung, Cirrhose. Die ernstere Prognose resultirt aus dem eben geschilderten schwereren Verlauf, der bedeutenderen Kachexie, der geringeren Widerstandskraft des Organismus, besonders der meist gestörten Verdauung, Harnproduction und -Entleerung. In der Therapie empfiehlt Verfasser vor Allem die strengste Individualisirung, Rücksichtnahme auf Ernährung und Allgemeinzustand. Daher meist ausgiebiges, tonisirendes Regime. Schwererer Verlauf indicirt meist baldige Einleitung des Traitement mixte. Bei interner mercurieller Behandlung, die ja in Frankreich stets die Hauptrolle spielt, ist specielle Rücksichtnahme auf Stomatitis, Gastritis, Enteritis wichtig. Ein Eintreten dieser Complicationen kann gleichwie im Kindes- auch im Greisenalter von den schwersten Folgen sein. Ebenso ist, der Hartnäckigkeit der localen Formen entsprechend, neben der allgemeinen für umfassende locale Behandlung zu sorgen. Der schwere Verlauf der Syphilis des Greisenalters führt den Verfasser zur Ansicht, der Verlauf der Syphilis werde nicht durch Verschiedenheiten des Virus, sondern nur durch Verschiedenheiten des Bodens bedingt, im Gegensatze zu Gerny, der dem jeweiligen Virus Schwankungen in der Virosität zuschreibt, die allein den Verlauf bedingen sollen. Die Wahrheit dürfte wohl in der Mitte liegen. Finger.

Besnier (9) stellt einen 27jährigen Patienten mit einem miliaren kleinpapulösen Syphilid vor. Die Efflorescenzen zum Theil auch vesiculös, stehen in Plaques um eine ältere centrale Efflorescenz herum. Dieselben hatten sich auf Grund eines syphilitischen Erythems entwickelt. Das Exanthem war unter schweren Fiebererscheinungen aufgetreten, Betheiligung der Drüsen sehr gering, der Sitz des Initialaffectes nicht nachweisbar. Ebenso fehlen alle Erscheinungen von Seite der Schleimhäute. Finger.

Baudouin (10) unterscheidet folgende Formen, unter welchen die Syphilis grave précoce auftreten kann: 1. La syphilis secondaire grave précoce. Dieselbe ist charakterisirt vornehmlich durch die Steigerung der Allgemeinerscheinungen der Secundärperiode und besonders durch die zunehmende Schwäche und Anämie, welche auf den Gesammtverlauf der Krankheit von Einfluss sind. 2. Les syphilis malignes précoces, charakterisirt durch eine ungemein stark auftretende Infection, gleichzeitig mit schweren multiplen Erscheinungen von Seiten des Integuments und der visceralen Organe. 3. Les syphilis viscerales précoces; bei welchen plötzlich ohne vorhergegangene schwere Erscheinungen schwere viscerale Alterationen auftreten; Alterationen, die sonst bei normalem Verlauf nur in der Spätperiode auftreten. Diese Formen der malignen Syphilis sind nach des Verfassers Ansicht nicht so selten, wie es vielfach geglaubt wird; sie bevorzugen vornehmlich Leute, deren Allgemeinzustand durch Alkoholismus, Scrophulo-Tuberculose etc. geschwächt ist. Sie beanspruchen in Folge dessen auch das erhöhte Interesse des Arztes, denn sie schwächen den Organismus in hohem Grade und machen

ihn leicht empfindlich für andere Infectionen. Aus diesen Gründen wird auch die Therapie bemüht sein müssen, die directen Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen; Recidive zu verhüten und dem Körper eine erhöhte Widerstandsfähigkeit zu verschaffen. Galewsky.

In der „Medical Society of London“ beschreibt Philipps (11) in tertiärem intermittirendem Typus wiederkehrende Fieberanfälle bei einem Kranken, der neun Jahre vorher syphilitisch inficirt war. Da Chinin nur von theilweiser Wirkung war, Jodkali und Quecksilber dagegen schnelle Heilung erzielten, so bringt Verfasser dieses Fieber in directen Zusammenhang mit der früher acquirirten Lues, zumal unter der angewandten specifischen Therapie gleichzeitig Kopfschmerzen und Erbrechen schwanden. Ein gleichzeitig bestehendes Erythema nodosum glaubt Verfasser nicht für dieses Fieber verantwortlich machen zu dürfen. Ledermann.

Fournier (12) stellt ein 24jähriges Weib, mit recenter Syphilis behaftet, vor, das an ausgebreitetem, sowohl papulösem, als tuberculo-ulcerösem Syphilid, Schleimhautplaques, cerebralen Erscheinungen leidet, als Schankmädchen bedienstet, nachweisbar riesige Mengen Alcoholica consumirte und führt den schweren Verlauf bei der vom Vater hereditär mit Tuberculose belasteten Person auf den Alkoholismus zurück. Finger.

Nach Annel (13) beeinflussen die eruptiven Fieber die Syphilis in zweifacher Weise: 1. entweder indem sie wie jede acute Krankheit das Bild umändern oder 2. indem sie auf die Hauterscheinungen wirken.

Lepers (14) schildert an der Hand von 25 bisher beobachteten Fällen den Einfluss, den eine vorhergegangene Malaria auf die Entwickelung der Lues ausüben kann. Derselbe ist nach Lepers ein zweifacher. Ausgehend von der Hypothese, dass Lues und Malaria microbienne Krankheiten seien, von denen die Lues durch einen anaëroben, die Malaria durch einen aëroben Mikroorganismus hervorgebracht sei, soll nach des Verfassers Ansicht die Lues einen um so grösseren Einfluss auf die vitale Energie ausüben, je mehr Sauerstoff des Blutes durch die Aëroben der Malaria verbraucht ist. Die zweite Art der Einwirkung soll darauf beruhen, dass das Syphilisvirus bei Malariakranken, deren Körper durch die Alterationen des Blutes, durch Malariakachexie etc. ihre Widerstandsfähigkeit verloren haben, sich leichter und schneller im Körper verbreiten und schwerere Krankheitsformen hervorrufen wird, als im ungeschwächten Organismus. Den Schluss der an Hypothesen reichen Arbeit bildet die Therapie, die natürlich sowohl specifisch, als auch gegen die Malaria gerichtet sein muss. Galewsky.

Talysin (15) hat in zwei mit Scorbut vergesellschafteten Fällen von Syphilis sich nicht anders zu rathen gewusst, als ohne Rücksicht auf erstere Krankheit die floriden Symptome der letzteren zunächst allein, und zwar — ungeachtet des Eintrittes einer stärkeren Kachexie — andauernd mercuriell zu behandeln. Erst nach Beseitigung dieser Symptome wandte sich Talysin unter roborirender Diät und Darreichung von Chinin und Säuren gegen die Scorbuterkrankung, und gelang es ihm, diese unter gleichzeitiger Hebung der Kachexie nunmehr zum Schwinden zu bringen. Friedheim.

Rouby (16) fasst die Ergebnisse seiner Arbeit in folgenden Schlüssen zusammen: 1. Die Syphilis spiele eine Rolle bei der Entstehung der Hysterie, entweder als causa adjuvans bei den Fällen von hereditärer Prädisposition, oder als causa movens, indem sie die nothwendigen Bedingungen schaffe zur Entwickelung der Neurose. 2. Ist Hysterie einmal aufgetreten, so nimmt sie häufig und plötzlich eine apoplektische Form an. 3. Die Differentialdiagnose zwischen hysterischer Apoplexie und syphilitischer Apoplexie ist

immer schwierig, manchmal direct unmöglich. Sie basirt auf den Merkmalen der Hemianästhesie, der Betrachtung des Gesichts (Paralysis facialis oder Hemispasmus glosso-labialis), den Wirkungen der Behandlung.

Herzenstein (17) schlägt vor, nach dem Kartensystem die Daten zu sammeln und die Sammelkarten nach einem für alle Gouvernements gleichen Programm zusammenzustellen mit besonderer Berücksichtigung der Prostitution, des Militärs etc.

Bermann (18) beschreibt folgenden, von ihm sicherlich missverständlich beurtheilten Fall: Eine Frau, seit dem Sommer 1872 verheiratet, begibt sich in seine Behandlung. Sie zeigt beide Tonsillen mit Geschwüren bedeckt, ebenso die Pharynxwand, der Arcus palato-glossus und die Uvula sind links völlig zerstört (letztere Stellen angeblich durch den Gebrauch von Acidum nitricum, dessen sich der Ehemann zur Cauterisation bedient hat?); die Rhinoscopia posterior ergibt ausgedehnte Ulcerationen im Cavum nasale posterius, die Laryngoskopie zeigt eine Geschwulst am rechten Aryknorpel. Sonst am Körper keine krankhaften Veränderungen. Die Untersuchung des Secrets der Ulcera auf Tuberkelbacillen ergibt ein negatives Resultat. Der prompte Erfolg von Jodkali bestätigt die Diagnose: Lues. Der Mann leugnet zunächst frühere Infection; selbst jedoch sechs Monate nach der Heilung seiner Frau an katarrhalischen Symptomen, Mattigkeit und Unlust zu jeder geistigen und körperlichen Beschäftigung erkrankt, gibt er folgende Angaben über sein Vorleben: Alter 45 Jahre. Vor 18 Jahren harter Schanker, ohne Secundärsymptome, behandelt mit Hydrargyrum bijodatum. Heirat im Jahre 1872. Frau abortirt zwei Monate nach der Hochzeit. Weiter keine Gravidität. Frau soll niemals irgend welche Erscheinungen von Lues dargeboten haben. Bei dem Manne wird eine Sublimatinjectionscur mit gutem Erfolg durchgeführt. Dolores osteocopi verschwinden nach Gebrauch von Jodkali. Bermann zieht aus dieser Beobachtung den Schluss, dass die Frau ihre Lues der latenten Syphilis ihres Mannes zu verdanken hat, der sie durch den Samen oder andere Secrete inficirt hat. Die Discussion klärt die unhaltbare Ansicht Bermann's auf und eröffnet folgende zwei Gesichtspunkte: 1. Die Frau kann ihre Lues durch Coitus mit einem anderen recent syphilitischen Mann erworben haben. 2. Die Frau ist zur Zeit ihrer Schwangerschaft durch Infectio ab ovo (Choc en retour) inficirt. Die ersten Symptome sind, wie so häufig, übersehen. Erst das Auftreten der Spätsymptome offenbart die syphilitische Erkrankung der Frau. Nach der ersten Ansicht sind die Halserscheinungen der Frau secundärer, nach der zweiten und wohl richtigeren Ansicht tertiärer Natur. Ledermann.

Nach Le Grand (19) tritt Abort ein in Folge luetischer Erkrankung des Fötus selbst oder seiner Adnexa, gewöhnlich um den 7. Monat. Ist der Vater allein luetisch, so kann die Syphilis auf die Frucht übergehen, ohne dass die Mutter selbst inficirt wird. Sind Vater und Mutter luetisch, so entgeht das Kind selten der Infection. Bei luetischer Erkrankung der Mutter sind die Chancen für die Geburt eines gesunden Kindes um so grösser, je älter die Syphilis der Mutter ist, oder wenn die Mutter erst kurz vor der Geburt inficirt wird. Das neugeborene Kind einer luetischen Mutter kann zur Welt kommen mit den offenbaren Zeichen von Lues, oder scheinbar gesund geboren werden, um erst nach Monaten oder Jahren luetische Erkrankung zu zeigen. Mercurielle Behandlung seit Beginn der Schwangerschaft gestattet der Mutter: 1. Die Schwangerschaft oft bis zu Ende zu führen; 2. ein lebendes (wenn auch manchmal syphilitisches) Kind zur Welt zu bringen; 3. oft sogar ein gesundes lebendes Kind zu gebären. 4. Bisweilen bleibt ein gesund geborenes Kind luetischer Eltern auch weiterhin von luetischer Erkrankung befreit. Galewsky.

Mc. Vail (20) wendet sich gegen Diejenigen, die in der Vaccination eine hauptsächliche Ursache der infantilen Syphilis sehen. Er weist nach, dass zwei Dritttheile der syphilitischen Kinder in Schottland seit einer langen Reihe von Jahren erkrankten, vor demjenigen Alter in dem dort die Impfung stattzufinden pflegt. Mc. Vail beweist an Zahlen fernerhin, wie die absolut numerisch gesteigerte Häufigkeit der syphilitischen Erkrankungen im frühen Kindesalter stets relativ innerhalb jenes Verhältnisses verblieb, so dass der Anschuldigung gegen die Vaccination hier eine positive Berechtigung durchaus fehlt.

Hervieux (21) berichtet, dass bei den von der Akademie geleiteten Impfungen auf 5 Kinder Syphilis übertragen worden sei; von den beiden Impflingen, welche als die Ursache dieser Uebertragung angesehen werden mussten, hatte der Eine eine leichte Induration des Hodens und Nebenhodens; sonst waren beide scheinbar vollständig gesund. Trotz dieses unglücklichen und kaum zu vermeidenden Zufalls glaubt Hervieux die Impfung mit menschlicher Lymphe auch weiterhin empfehlen zu dürfen, da er unter 45.000 Impfungen zum ersten Male dergleichen erlebt hat und bei der sich angeblich leicht zersetzenden animalen Lymphe Septikämien zu Stande kommen könnten. In der Discussion empfahl Fournier die Einführung der animalen Impfung. Jadassohn.

Herzenstein (22). Um die Syphilisinfection durch Ammen möglichst zu vermeiden, sind dieselben vorher von einem Specialarzt zu untersuchen, haben ein Gesundheitsbüchlein über ihren und ihres Kindes Gesundheitszustand mitzuführen; Findelhäuser dürfen keine Ammen abgeben.

Whitehead (24). Einen ähnlichen Fall von Syphilisinfection im Anschluss an Tättowirung, wie den von Barker berichteten, hatte Whitehead in Indien während seiner militärärztlichen Thätigkeit zu beobachten Gelegenheit. Der Tättowirer war als geschickt in seinem Fache bekannt und hatte zwischen Januar 1887 und Juli 1887 über ein Dutzend Soldaten tättowirt. Von diesen wurden fünf syphilitisch, die übrigen blieben, wie eine genaue Untersuchung ergab, gesund. Der Urheber dieser Infectionen selbst wurde am 19. November 1886 mit einem harten Schanker an dem Penis in das Hospital aufgenommen, bekam Mitte December 1886 Roseola und Halssymptome und als er im Juli 1887 wieder unter Beobachtung kam, hatte er Ulcerationen im Halse und auf der Zunge, Defluvium capillorum, Psoriasis und Plaques muqueuses auf der Zunge und am Gaumen. Die Infection der Erkrankten wurde jedesmal durch den Speichel vermittelt. Eine beigefügte Tabelle gibt über den Verlauf der Syphilis Aufschluss. Verfasser zieht aus dieser Tabelle folgende Schlüsse: 1. In keinem dieser Fälle war der Schanker multipel; nur hatte er in einigen Rupia-ähnlichen Charakter. 2. In jedem Falle bestand deutliche Induration der Arm- und Achseldrüsen. 3. Kupferfarbige Pigmentirung des Primäraffectes blieb noch lange Zeit sichtbar. 4. Keiner dieser Fälle hatte vorher an Syphilis gelitten. 5. Bei einem der Inficirten, welcher vor der Infection an Epilepsie gelitten hatte, wurde die ursprüngliche Krankheit (die Epilepsie) durch das Syphilisgift bedeutend verschlimmert. 6. Alle diese Fälle wurden mit Mercur und Jodkali behandelt; bei allen folgte grosse Schwäche der Krankheit, jedoch waren die meisten schon gesundheitshalber dorthin abcommandirt gewesen. 7. Die Incubationszeit war in allen Fällen kurz. 8. Der Schanker entwickelte sich bei allen in der ersten Stichwunde. Ledermann.

Albini und Baldi (25) theilen nachstehenden Fall mit: Ein 60jähriger Arzt, Potator, hatte mit 15 Jahren einen harten Schanker, der von Roseola syphilitica gefolgt war, davon getragen. Specifische Cur, Heilung.

Nachdem er mittlerweile geheiratet hatte, acquirirte er in seinem 35. Lebensjahre neuerdings ein Ulcus durum, welches den Ausbruch eines Exanthems zur Folge hatte. Nach 24 Jahren vollkommenen Wohlbefindens erkrankte er 1887 an einem blutigen, mit Eiter vermengten Ausfluss aus dem Mastdarm; er klagte über Kräfteverfall und nahm in der Ernährung sichtlich ab. Die Autoren, an welche sich der Kranke wandte, constatirten Ascites und machten eine Paracentese. Die nun vorgenommene Untersuchung ergab, dass die Leber nicht vergrössert war: dies und das Fehlen von Icterus liess eine Lebercirrhose ausschliessen. Die Diagnose schwankte nun zwischen Syphilis und Carcinom. Man entschied sich für letzteres, umsomehr da die Untersuchung des Rectums die Anwesenheit kleiner, ziemlich resistenter Knoten oberhalb des Spincter internus nachweisen liess. Das Auftreten heftiger lancinirender Schmerzen im rechten Hypochondrium schien diese Diagnose zu bestätigen. Zwei Monate darauf, während mittlerweile erfolglose symptomatische Curen versucht worden waren, entdeckte man an der Brust und an den Extremitäten des Kranken syphilitische Papeln (?). Nun wurde eine energische antisyphilitische Behandlung eingeleitet, die einen überraschend günstigen Erfolg hatte: sämmtliche Krankheitserscheinungen gingen in kurzer Zeit zurück und jetzt, nach einem Jahre, erfreut sich der Herr der besten Gesundheit. Der Beweis für den specifischen Charakter der Krankheit war damit erbracht. Die Autoren sind der Meinung, dass es sich um eine gummöse Affection der Leber gehandelt habe und dass das Gumma am Hilus der Leber sass, da diese anscheinend nicht vergrössert war und da andererseits schwere Störungen im Pfortaderkreislauf vorhanden waren. Die Knoten im Mastdarm erklären die Autoren ebenfalls für Gummata, da auch diese auf die specifische Cur zurückgingen. Dornig.

Vajda (26). An der Hand einer Casuistik kommt Vajda, das Verhalten der Lymphdrüsen in der zweiten Incubationsperiode der syphilitischen Infection betreffend, zu folgenden, heute wohl von allen Syphilidologen allgemein anerkannten Schlüssen: 1. Die Aufnahme des Syphilisgiftes an irgend einer Stelle der allgemeinen Decke und speciell der Genitalien ist während der (zweiten) Incubationsperiode ohne Ausnahme von einer Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen begleitet. 2. Die Drüsenschwellung betrifft nicht immer dieselben Drüsen oder Drüsengruppen, localisirt sich vielmehr sehr verschieden, in Drüsen, die eben dem von der Infectionsstelle kommenden Lymphstrom am meisten zugänglich sind. 3. Anfänglich ist die Schwellung einer bestimmten Stelle überwiegend, dieses Ueberwiegen wird aber durch Theilnahme nachbarlicher Drüsen undeutlich. 4. Die einzelnen Drüsen erreichen hierbei verschiedene Dimensionen. 5. Ursprünglich einseitig, wird diese Schwellung später doppelseitig. Doch schliesst einseitige Schwellung eine syphilitische Infection nicht aus. 6. Die syphilitischen Adenome sind gewöhnlich schmerzlos, können aber auch schmerzhaft werden und eitern, der Verlauf ist aber auch dann langsamer als der der venerischen Adenitis. 7. Diese Drüsenschwellung erscheint 8 bis 14 Tage nach der Infection und wird während der (zweiten) Incubation nie völlig regressiv. 8. Diese Drüsenschwellung kann, wenn die Induration sich verspätet oder ausbleibt, das einzige Symptom der Infection sein. 9. Sie ist ein absolut constantes Merkmal der syphilitischen Infection. Finger.

Ingenhoven (27). Nach ausführlicher historischer Einleitung über den Gegenstand, in der besonders, an der Hand der Literatur, die Möglichkeit einer Verwechslung der beiden Erkrankungsformen selbst Seitens erfahrener Praktiker erbracht wird, theilt der Verfasser die von Doutrelepont selbst schon früher publicirten (cf. Deutsche med. Wochenschr. 1887, pag. 1016) einschlägigen Beobachtungen in extenso mit. Besonders hervorgehoben zu

werden verdient das jugendliche Alter der einen Patientin, die im 34. Lebensjahre an einem knolligen, exulcerirten Carcinoma vulvae, urethrae, vesicae et ani zu Grunde ging. Hinsichtlich der Behandlungsweise solcher Mischformen empfehle Doutrelepont zunächst eine energische antisyphilitische Cur. Trete dann innerhalb kurzer Zeit keine gründliche Besserung ein — blosse Abnahme der Schmerzhaftigkeit und Reinigung der Geschwürsoberfläche verursachten die antiluetischen Mittel auch bei Krebs — so müsse die Geschwulst, weil Carcinom, exstirpirt werden. Bei wirklicher Syphilis sei die Besserung nach einigen Wochen so eclatant, dass jede andere Krankheitsform ausgeschlossen werden müsse. Zur Entscheidung der Diagnose wird natürlich zunächst eine mikroskopische Untersuchung der Geschwüre vorgenommen, und nur, wenn diese keine Gewissheit ergibt, die versuchsweise Einleitung der antiluetischen Cur empfohlen. Den Grund der Coincidenz von Syphilis und Carcinom hält der Verfasser für noch unbekannt; jedenfalls scheine ihm die mehrfach aufgestellte Behauptung, dieselbe beruhe lediglich auf Zufall, eine allzu kühne. Inwieweit die Leucoplakia buccalis, die bei Syphilis sicher vorkommend auch häufig zu Carcinom führe, hierbei in Betracht zu ziehen sei, lasse Doutrelepont (gewiss mit gutem Rechte Ref.) unentschieden, da die Aetiologie derselben noch zu dunkel sei. So viel sei sicher, dass bisweilen Lues, ähnlich wie Lupus, die Entstehung des Carcinoms begünstige, wenn etwa die syphilitischen Ulcerationen viele Jahre hindurch bestanden hätten, ohne dass zu ihrer Heilung radicale oder irgend welche Mittel überhaupt angewandt wurden. Max Bender.

Valaneix (28) kommt am Schlusse seiner im Wesentlichen nicht viel Neues bietenden Arbeit zu dem Resultat, dass ein Eruptionsfieber der Syphilis besteht. Dasselbe ist häufiger, als man allgemein annimmt, und wird nur deshalb oft nicht beobachtet, weil es zuweilen nur von leichter Mattigkeit und Schwäche begleitet ist; es kann aber auch andererseits sehr heftig auftreten und von allgemeinen schweren Symptomen begleitet sein. Am häufigsten ist es beim weiblichen Geschlecht. Das Fieber selbst besteht gewöhnlich nur kurze Zeit, und pflegt unregelmässigen Charakter zu haben; es kann deshalb leicht mit einem Typhoidfieber oder dem einer anderen Infectionskrankheit verwechselt werden. Es verschwindet mit dem Auftreten der Eruption. Verschwindet es nicht von selbst, so tritt dies prompt auf specifische Behandlung ein. Galewsky.

Cucca (29). Von drei Fällen schwerer tubero-ulceröser Syphilis mit Fieber und Knochenerscheinungen gingen zwei in Heilung über, ein Patient starb an einem Erysipel.

Galliard (30) berichtet über eine Beobachtung, welche die Anschauung Parrot's von der syphilitischen Natur der Rhachitis — so weit das noch nöthig erscheinen sollte — als falsch nachweist. In einer Familie wurde das erste Kind rhachitisch, das zweite nicht — weil es unter günstigen Ernährungsverhältnissen gehalten wurde —; das dritte, welches mit syphilitischen Erscheinungen geboren wurde, da die Eltern kurz vor seiner Zeugung Syphilis acquirirt hatten, blieb ebenfalls von Rhachitis frei.

Jadassohn.

Meyer (31) fand unter 39 syphilitischen, graviden Frauen (d. h. bei solchen, „die bei der Untersuchung Syphilis hatten oder sicher früher gehabt hatten, sowie auch bei denjenigen, deren Früchte unzweifelhaft Zeichen von angeborener Syphilis darbieten") 4mal Eiweiss (8mal mit Cylindern, 2mal mit zweifelhaften Cylindern); unter 53 syphilitischen Kreissenden 5mal Albumen ohne, 2mal mit zweifelhaften, 10mal mit sicheren Cylindern. Der Verfasser lässt es unentschieden, inwiefern dieses sehr auffallende Verhält-

niss auf der Mercurialcur beruhen mag, der viele dieser Frauen während der Gravidität unterworfen wurden. Jadassohn.

Beaven Rake (32) beschreibt den letal endigenden Fall eines leprösen Hindu, der Residuen einer früheren Lues zeigte, dessen Autopsie eine ganz auffallende Atrophie der suprarenalen Ganglien ohne Invasion von Tuberkeln oder Leprabacillen ergab. Die Haut des Kranken war trocken und rauh gewesen ohne auffallende Dunkelung. Rake lässt die Frage offen, ob die Ganglien - Atrophie nicht mit der alten Syphilis des Kranken im Zusammenhang stand; er erinnert an einen früheren Analogiefall Barlow's. Friedheim.

Manssubow. (33) I. Spätformen der Lues acquisita. Bei 2 Kindern, die von derselben Amme inficirt waren, traten bei dem einen die Erscheinungen gleich, bei dem andern erst nach 14 Jahren zu Tage. Da die Amme keine floriden Erscheinungen zur Zeit hatte, ist wohl Uebertragung durch die Milch anzunehmen. II. Locale Schweisse bei der Syphilis. Dieselben schwanden sofort nach antisyphilitischer Behandlung. III. Indication von Schwefelbädern. Nur als Unterstützungsmittel einer mercuriellen Cur zu betrachten, besonders bei Zeichen von Hg-Intoxicationen oder bei schweren Formen von Lues und gummösen Processen.

Haut, Schleimhaut, Knochen und Gelenke.

1. **v. Broick** Josef. Ueber extragenitale Initialsklerosen. — Inaug.-Dissertation, Bonn 1888.
2. **Besnier.** Sclérose syphilitique initiale extragénitale. — Réun. hebdom. de l'hôpit. St. Louis, 21. März 1889. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 5.
3. **Lipp.** Primäraffect am unteren Augenlid. — Ref. Wiener med. Wochenschr. 1889, Nr. 23.
4. **Vidal.** Chancre induré de la lèvre inférieure. Contagion médiate probable. — Réun. clin. de l'hôpit. St. Louis, 21. Februar 1889. Ann. de derm. et de syph. 1889, 4.
5. **Vidal.** Chancre de l'amygdale gauche chez la femme, de la langue à droite chez le mari. — Réun. clin. hebdom. de l'hôpit. St. Louis, 14. März 1889. Ann. de derm. et de syph. 1889, 5.
6. **Stein** Alexander W. (New-York). Hunterian chancre in the female. American association of genito-urinary surgeons. Third annual meeting, held at Newport, 21. u. 22. Mai 1889. — The New York Med. Journ. 15. Juni 1889.
7. **Bell.** Primäre Zungen-Syphilis. — The Lancet, 4. August 1888.
8. **Coulhon.** Syphilis dénutritive secondaire, végétures abdominales. — Gaz. de l'hôpit. 1889, Nr. 58.
9. **Tenneson.** Vitiligo und Syphilis. — Réun. clin. hebdom. de l'hôpit. St. Louis, 21. Februar 1889. Ann. de derm. et de syph. 1889, 4.
10. **Vidal.** Syphilis tertiaire erythemateuse. — Réun. clin. de l'hôpit. St. Louis, 7. Februar 1889. Ann. de derm. et de syph. 1889, 4.
11. **Besnier.** Erythème vacciniforme syphiloide ou Syphiloide vacciniforme infantile. — Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1889, Nr. 24.
12. **Fränkel.** Fall von syphilitischer Pharynxstrictur. Doppelseitiger knöcherner Verschluss der Nase. — Laryngol. Ges. in Berlin, 10. Mai 1859.
13. **Hallopeau.** Gomme de la verge simulant un chancre syphilitique. — Réun. hebdom. de l'hôpit. St. Louis, 7. März 1889. Ann. de derm. et de syph. 1889, 5.

14. **Hyde** James Nevins. The Syphiloma of the vulva. — Journ. of cutan. and gen.-urin. dis. 1889, 4.
15. **Besnier.** Syphilomes nodulaires groupés dans tous le tissus innervés par le portion funiculairę au nerf facial droit. — Réun. clin. hebdom. de l'hôpit. St. Louis, 28. Februar 1889.
16. **Fournier.** Gomme scléreuse chronique du muscle jambier antérieur ou de son aponévrose. — Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1889, Nr. 24 u. Discussion Ann. de derm. et de syph. 1889, 5.
17. **Fournier.** Gomme scléreuse chronique du muscle jambier antérieur ou de son aponévrose. — Réun. clin. hebdom. de l'hôpit. St. Louis, 21. März 1889. Ann. de derm. et de syph. 1889, 5.
18. **Fournier.** Pseudo-Paralysie syphilitique de Parrot. — Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1889, Nr. 24.
19. **Besnier.** De l'alopécie syphilitique. — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 97.
20. **Bogoljubow.** Fälle tertiärer Syphilis des Penis. Medizinskija Pribawlepija k movskomu sborniku Juni 1888. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1889, VIII., pag. 427. (Verfasser betont das seltene Auftreten von Gummata des Penis und berichtet über 6 Fälle aus seiner Praxis, die er unbedingt für Gummata hält, und welche auf specifische Behandlung zurückgingen.)
21. **Chabasse.** Contribution à l'étude d'une variété des gommes syphilitiques sous coutanées dites Gommes en nappe. — Thèse de Paris 1889.
22. **Touchaleaume.** Étude sur le chancre syphilitique de la conjonctive. — Thèse de Paris 1889.
23. **Wheeler.** Syphilitic deposits in the human tongue followed by Epithelioma. — Med. Press., 23. Jänner 1889. (Bei einem 48jährigen Mann, der vor 10 Jahren Lues acquirirt hatte, ging eine Efflorescenz an der Zunge, die einer antisyphilitischen Behandlung mehrmals gewichen war, schliesslich in ein Epitheliom über.
24. **Schuchardt.** Ueber das Wesen der Ozaena, nebst einigen Bemerkungen über Epithelmetaplasie. — Volkmann's Samml. klin. Vortr. 1889.
25. **Juhel-Renoy** Ed. Des gommes syphilitiques de l'amygdale. — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 90, pag. 825.
26. **Gouguenheim.** Rétrécissement cicatriciel du larynx d'origine syphilitique. Trachéotomie datant de cinq ans. Dilatation quotidienne, de haut en bas, du rétrécissement pendant six mois par les sondes en caoutchouc durci de Schrötter, guérison. — Bulletin et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1889, 6.
27. **Darrier.** Laryngite hypertrophique chez un syphilitique mort de tuberculose. — Bullet. de la société anat. 6. Juli 1888.
28. **Gouguenheim.** Syphilis et tuberculose laryngée. — Rev. gén. de clin. et de thérap. 1888, 30.
29. **Cozzolino.** Storia ed etiologia della sifilide naso-faringea. — Riv. clin. dell' università di Napoli 1889, 5.
30. **Billings** John H. Syphilitic Stenosis of the Larynx with Tracheotomy. — The Med. Record, New-York, vol. 35, Nr. 22.
31. **Pedicini.** Sulla sifilide delle ossa. — Progresso med. 1889, Nr. 10—11.
32. **Pruche.** De la syphilis du tibia. — Thèse de Paris 1889.
33. **Princeteau.** Nécrose syphilitique des os du crâne. — Journ. de méd. de Bourdeaux, 4 Août 1889.
34. **Poncet.** Seltenheit der Gelenkleiden bei Syphilis. — Prov. méd. 1888, Nr. 12. (Eine Arthritis syphilitica kommt nur selten vor und unterscheidet sich leicht von einer Arthritis rheumatica, indem sie meistens vom Knochen ausgeht und einer specifischen Behandlung weicht.

v. Broick (1). Nach einer, die einschlägige Literatur mit besonderer Ausführlichkeit berücksichtigenden Einleitung, werden die in der letzten Zeit in der Doutrelepont'schen Klinik beobachteten Fälle von extragenitaler Initialsklerose mitgetheilt. — Einmal war die Infection durch einen Kuss, zweimal durch Säugen eines luetischen Kindes, einmal dadurch erfolgt, dass eine Hebamme durch eine zahnlose, alte Frau, die an Hautgummata der Unterkiefergegend litt, der Frau die Milch hatte abtrinken lassen. So entstand Brustdrüsenschanker, gefolgt von typischen Secundärsymptomen, die ihrerseits die Ansteckung des Ehemannes durch Küsse, respective gemeinschaftlichen Gebrauch von Ess- oder Trinkgeschirren zur Folge hatten. Bei einer anderen Patientin handelte es sich um einen Schanker des linken Arcus palato-glossus, der durch die Pflege eines Kindes acquirirt war, das, ebenso wie die Mutter desselben, seinerzeit in der Bonner Klinik mehrfach an Lues-Recidiven behandelt war. Aus der Privatpraxis Doutrelepont's sind zunächst zwei, wegen der Differentialdiagnose merkwürdige Fälle (von Doutrelepont selbst schon in seinem auf der 60. Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrage über „Syphilis und Carcinom" bereits erwähnt), anzuführen, indem einmal mit Rücksicht auf das Alter des Herrn (60 Jahre) von anderer Seite Carcinom angenommen wurde, während die bald eintretenden Secundaria die Diagnose Lues bestätigten. das andere Mal von einem berühmten Chirurgen ein Theil der Oberlippe bei einem jungen Mädchen exstirpirt worden war und sehr bald nach Heilung der Operationswunde Syphiliden auftraten, die über die Natur des Geschwüres keinen Zweifel aufkommen liessen. Von den übrigen 12 in Doutrelepont's Privatpraxis beobachteten Fällen waren 11 Indurationen der Lippe (2 Bräute durch Küsse inficirt, ebenso ein junger Mann), eine Initialsklerose der Brustwarze bei einer durch ein hereditär-syphilitisches Kind inficirten Amme; wegen Indurationen an den Fingern hatten sich 3 Hebammen und ebensoviel Aerzte jedesmal im Beruf zugezogen, an Doutrelepont gewandt.

Max Bender.

Besnier (2) stellt einen Patienten mit einer Sklerose der Regio infraclavicularis sinistra mit ausgebreiteter Induration, bedeutender Drüsenschwellung und jener Form syphilitischen Exanthems vor, das Sigmund als Erythema papulatum oder Urticaria syphilitica zu bezeichnen pflegte und das auch Besnier als „roseole boutonneuse" scharf von dem der Zeit nach später auftretenden papulösen, lenticulären Syphilide trennt, Fournier auch als Erytheme papuleux bezeichnen möchte. Finger.

Lipp (3) stellte im Verein der Aerzte in Steiermark eine Patientin mit einem Primäraffect am unteren Augenlid vor, den sie wahrscheinlich bei der Pflege eines syphilitischen Kindes acquirirte. Ausser mit der Schmiercur wird die Patientin mit Salicylquecksilber innerlich behandelt, auf dessen Vorzüge der Vortragende besonders hinweist. Er tritt ferner für die Frühbehandlung der Lues energisch ein, deren Erfolg sich auch in dem vorliegenden Falle durch das schnelle Zurückgehen des Drüsentumors constatiren lasse. Jadassohn.

Vidal (4) stellt einen indurirten Schanker der Unterlippe bei einem Mädchen vor, das in einem Geschäfte bedienstet, mit einem jungen Manne, der „wunde Lippen" hatte, dasselbe Sprachrohr benützte und vermuthet eine durch dieses bedingte Infection. Finger.

Vidal (5) stellt eine Frau mit syphilitischem Schanker der linken Tonsillen vor, deren Mann kurz vorher an Schanker an der rechten Zungenhälfte gelitten hatte und betont die Wichtigkeit der Drüsenschwellung für die Diagnose des Initialaffectes. Finger.

Da typische harte Schanker bei Frauen nicht so häufig zur Beobachtung kommen, so hält Stein (6) folgenden Fall der Veröffentlichung werth: Patientin, 19jährige Dienstmagd, bemerkte während der Periode Schmerzen an den Genitalien, kurz nachher ein Bläschen am linken Labium majus und, nachdem das Bläschen zerplatzt war, eine wunde Stelle daselbst. Die ulcerirte Oberfläche befand sich auf indurirter Basis und war nicht schmerzhaft. Inguinal- und Cervicaldrüsen geschwollen und hart. Eine Plaque muqueuse zeigte sich auf der linken Tonsille und wurde mit Quecksilberjodür und Gurgelwasser behandelt. Der Primäraffect wurde mit weissem Quecksilberoxyd bestreut. 20 Tage später zeigte sich eine Plaques auf der rechten Tonsille, verschwand aber nach specifischer Behandlung bald.

Ledermann.

Bell (7) berichtet über einen haselnussgrossen, indurirten Primäraffect an der Zunge. Da der Kranke jede Infection per coitum leugnete, an den Genitalien jedes Zeichen einer primären Erkrankung fehlte, und der letzte Coitus 60 Tage vor Auftreten des Primäraffectes stattfand, so ist die Krankheit wohl im Gebrauche einer inficirten Pfeife oder in ähnlicher Weise entstanden.

Im Anschluss an das in den letzten Jahren mehrfach beobachtete Auftreten von Striae abdominales im Verlaufe von Typhus, Phthise und Pleuritis, beschreibt Coulhon (8) ebenso wie Balser (1887) dieselbe Erscheinung auch bei einem Syphilitischen. Derselbe, im Jahre 1884 inficirt, zeigte plötzlich im Februar 1885 eine dunkle violette Verfärbung des Abdomen und auf diesem violetten Grunde zahlreiche lineare Striae, von mehr dunkler, fast schwarzer Farbe, Im November 1887 liessen sich noch deutlich 3 concentrische fast regelmässige Striae von weisslicher Farbe in jeder Seite des Hypogastrium nachweisen; ebenso befanden sich in der Regio inguino-cruralis kleine, weissliche distincte Flecken. Coulhon führt diese Erscheinungen, die fast vollständig den Striae der Graviden gleichen, auf Ernährungsstörungen und chemische Umsetzungen zurück, mit welchen jeder durch Lues inficirte Organismus zu kämpfen habe. Ihre Entstehung auf trophoneurotischer Basis hält er für ausgeschlossen, da sich nie Alterationen der peripheren Nerven (in diesem Falle des Plexus lumbalis) nachweisen liessen. Galewsky.

Tenneson (9) stellt einen Patienten vor, der 1880 inficirt wurde, bisher keine Behandlung erfuhr. 1882 complete Alopecie der Kopfhaare und Cilien, gleichzeitig Auftreten von Leukodermaflecken am Nacken, Stamm, Scrotum, den unteren Extremitäten. Um die Leukodermaflecke keine Hyperpigmentirung, keine Störung der Sensibilität im Bereiche derselben. Nach 6 Monaten spontane Wiederkehr des Haarwuchses, doch die Haare besonders im Bart und Cilien pigmentlos. 1888 im Leukoderma und der Leukotrichie keine Aenderung. Erscheinungen von Gehirnsyphilis. Finger.

Vidal (10) stellt einen Patienten vor, der neben Gummen der Inguinalgegend, des Penis, tuberculösem Syphilide des Rückens auch an oberflächlichem erythematösen serpiginösen Syphilid leidet. Finger.

Besnier (11) stellt einen neuen Fall dieser eigenthümlichen Krankheitsform vor, die namentlich als genitale und perigenitale Eruptionen bei kleinen Mädchen auftreten, wo sie früher allgemein mit Lues verwechselt wurden. Die ersten derartigen Fälle wurden von Besnier, Hallopeau, Feulard in den letzten 2 Jahren beobachtet. Die Eruption tritt am häufigsten bei kleinen Mädchen auf unter der Form scheibenartiger syphilitischer Plaques, sie sitzt mit Vorliebe in der Gegend der Vulva, an der Innenseite der Oberschenkel, den Genitalien etc. Das Charakteristische,

welches diese Erscheinung bietet, ist der Heilverlauf, welcher spontan und rapid eintritt, sobald strenge Sorge für Reinlichkeit getragen ist und dafür gesorgt ist, dass weder herabträufelnder Urin, noch die Kleider etc. die erkrankten Hautpartien irritiren können. Galewsky.

Fränkel (12). Vorstellung eines 17jährigen Mädchens mit syphilitischer Pharynxstrictur, entstanden durch membranöse Verwachsungen des Velum palatinum mit der hinteren Rachenwand und des Zungengrundes und der Rachenwand mit nachfolgender Ulceration und einer 18jährigen Patientin mit knöchernem Verschluss beider Choanen. Dieselbe zeigte alle Symptome der Nasenstenose, ist ausser Stande zu riechen und kann die 4 Hauptkategorien nicht unterscheiden. Therapie: Durchstossung mit Troicart.

Hallopeau (13) stellt einen Patienten, einen 27 Jahre alten Schuster vor, der vor 7 Jahren inficirt, nun ein Gumma des Penis darbietet, das mit einem indurirten Schanker viel Aehnlichkeit hat. Fournier hebt das Vorkommen von schankerähnlichen Gummen am Genitale hervor, die nicht selten zur Diagnose einer Reinfection Veranlassung geben, aber aus tiefen Knoten entstehen, die allmälig emporrücken und oberflächlich induriren. Häufig entstehen sie am Ort des früheren Initialaffectes. Diese Thatsache constatirt auch Besnier, der die Frage aufwirft, ob solche Gummen nicht auf die Wiederbelebung von Virus, das noch seit dem Initialaffecte an Ort und Stelle deponirt blieb, zurückzuführen sind. Finger.

Hyde (14) bespricht die Localisation des Gumma an der Vulva. Dieselbe stelle sich dar als eine derbe Schwellung der grossen Labien, diese sind elephantiastisch verdickt, die Haut glatt oder chagrinirt, gelblichweiss oder braunroth gefärbt, bei Betasten gleichmässig fibrös derb, wohl auch in und unter derselben derbe Knoten durchzufühlen. In gleicher Weise können auch die kleinen Labien, die Clitoris verändert erscheinen. Die Bedeckung des Vestibulum ist in gleicher Weise verdickt, braunroth, derb, die Oberfläche grob gekörnt. Häufig sind aber im Vestibulum Ulcerationen, die zwischen die Fimbrien, gegen die Basis der Labien, gegen die Urethra zu gehen, bald torpid sind und wenig secerniren, bald nach Art phagedänischer Geschwüre rasch zerfallen, grosse Zerstörungen nach der Urethra, Vagina, gegen das Rectum anrichten. Die Affection beginnt meist an den Labien, die zuerst circumscripte Knoten oder diffuse Verdickung erkennen lassen. Seltener ist Beginn in der Vulva bei intacten Labien. Verfasser bespricht nun die Literatur, Differentialdiagnose mit Berücksichtigung der Elephantiasis, Esthiomene, des Lupus, Epitheliom, Sarkom, schliesslich die Therapie, die neben allgemeiner Quecksilber- und Jodbehandlung häufig örtlich chirurgische Eingriffe, Abtragen von Lappen von verdickten Geschwürsrändern, Spalten von Fisteln, Excision von derben Knoten, Cauterisation zerfallender Ulcerationen erheischt. Finger.

Besnier (15) stellt eine 33 Jahre alte Frau mit höchst eigenthümlichen Erscheinungen vor. Die ganze rechte Wange bis zur Schläfe, dem rechten Mundwinkel, Augenwinkel, dem Ohr ist livid, teigig geschwellt, von Varicositäten durchzogen. Unter derselben und über das Niveau der übrigen Haut erhaben fühlt man sowohl von aussen, als vom Munde aus, eine ganze Reihe schmerzloser, bis erbsengrosser Knoten, die keine Tendenz zur Erweichung zeigen, stellenweise in Reihen oder Gruppen angeordnet sind, von unveränderter Haut gedeckt werden. Paralyse des rechten Facialis, Lagophthalmus und Orbicularisparalyse. Die Annahme syphilitischer Natur der Affection wird durch den Erfolg antisyphilitischer Therapie bestätigt. Finger.

Fournier (16) beobachtete — im Gegensatze zu dem Lieblingssitze der Muskelgummata in der hinteren Wadenmusculatur — ein solches Gumma an der vorderen Partie der linken Wade; dasselbe war hart, blieb unbeweglich und bestand bereits drei Jahre. Dieser lange Bestand ohne Erweichung ist nach Fournier nichts Seltenes; derartige Muskelgummata können fast unbegrenzt lange bestehen. Nach einer gewissen Zeit organisiren sie sich, sklerosiren und widerstehen jeder Therapie. Galewsky.

Fournier (17). An die Vorstellung dieses Falles von derben fibrösen Gumma in der Sehne des Cruralis, Tibialis anticus knüpfen Besnier und Laillier Bemerkungen, die sich auf den langen Bestand, die geringe Tendenz zum Zerfall und die grosse Resistenz gegen Therapie jener Gummen beziehen, die an Sehnen und Aponeurosen sitzen. Finger.

Fournier (18) stellt ein dreimonatliches hereditär-luetisches Kind vor, bedeckt mit einem confluirenden Gesichts-Syphilid, bei welchem unter seinen Augen und während der Behandlung, als die Hauterscheinungen bereits im Schwinden waren, sich eine Pseudo-Paralyse des rechten Armes einstellte. Die Prognose dieser seltenen Krankheitsform ist keine direct ungünstige (im Gegensatz zu der früheren Ansicht Parrots), sie ist vollständig durch den Allgemeinzustand des Kindes bedingt. Galewsky.

Besnier (19) empfiehlt zur rascheren Beseitigung der im Primärstadium der Syphilis auftretenden Alopecie, ohne den Einfluss der Allgemeinbehandlung zu verkennen, folgende Medication: Vor Allem die Haare kurz geschoren tragen, Morgens eine Pomade Acid. salicyl. 2·0, Sulf. praec. 100, Lanol., Vaselin à 50·0, Abends leichte Abseifung des Kopfes, Abtrocknen und Einölen mit Alcoh. Rosmar. 100·0, Tct. canth. 10·0. Sind die Haare von Natur sehr fett, dann sind sie einzupudern mit Acid. salicyl. 1·0, Amyl. 100·0. Stein.

An Stelle der gewöhnlichen subcutanen Gummata finden sich nach Chabasse (21) bisweilen bei Luetischen der Tertiärperiode als „gommes en nappe" bezeichnete Neubildungen, Gummata von diffuser Form, ohne bestimmte Contouren von rundlicher oder ovaler Form und oft von sehr bedeutender Grösse. Während sie sich ebenso wie die gewöhnlichen Gummata entwickeln, zeigen sie vor der Ulcerirung eine diffuse, ausgebreitete Röthung des umgebenden Gewebes; im Stadium ulcerosum traten gewöhnlich mehrfache Perforationen der Haut ein (in einem Falle 19 Perforationen), welche die gewöhnlichen Contouren syphilitischer Ulcerationen zeigen. Ihr Lieblingssitz sind die Waden, namentlich mit Varicen behafteter Individuen. — Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Ulcera cruris varicöser Natur, scrophulöse, tuberculöse, ulcerirte Gummata (wenn das Gumma im Stadium ulcerosum sich befindet), Erythema indurativum scrophulosorum (Bazin) vor der Periode der Erweichung. Oft wird die Diagnose, namentlich wenn sonstige luetische Symptome fehlen, nur nach dem Erfolge einer specifischen Mercur- und Jodkalicur zu stellen sein. Galewsky.

Nach Touchaleaume (22) tritt der Primäraffect der Conjunctiva in zwei verschiedenen Formen auf: 1. als erosive Form, 2. als ulceröse, tiefe Form mit scharfgeschnittenen Rändern. Seine Diagnose ist klargestellt durch die Anwesenheit einer präauriculären, harten, indolenten und unbeweglichen Drüse bei frischer, conjunctivaler Ulceration. Schwer, ja oft unmöglich ist hingegen die Differentialdiagnose zwischen Primäraffect und einem ulcerirten, schankerähnlichen Gumma der Conjunctiva. Im Allgemeinen ist der Primäraffect der Conjunctiva eine der seltensten Formen von extragenitalem Schanker, Verfasser konnte im Ganzen 18 beobachtete

Fälle zusammenstellen. Sein Vorkommen ist natürlich verhältnissmässig häufig bei Aerzten und Hebammen. Galewsky.

Aus Schuchardt's (24) höchst interessanter Arbeit kann hier nur ein ganz kurzes Resumé Platz finden. Der Verfasser hat — durch R. v. Volkmann angeregt — die Beobachtung machen können, dass bei einfacher Ozaena das Flimmerepithel der Nasenschleimhaut sich in Plattenepithel verwandelt, und er reiht diese interessante Thatsache ein in eine ganze Reihe ähnlicher Beobachtungen an anderen Schleimhäuten — Harnröhre (Neelsen), Uterusschleimhaut (Zeller), Nierenbecken, Luftröhre etc. — wo überall unter dem Einfluss chronisch entzündlicher Zustände verhornendes Plattenepithel entsteht. Der eigenthümliche Geruch, welcher vielfach da entsteht, wo Plattenepithel sich ansammelt, und durch die Feuchtigkeit Zersetzungsvorgänge begünstigt werden (Präputium, Achselhöhle, Zwischenzehenräume) scheint darauf hinzuweisen, dass auch bei der Ozaena das „pathognomonische" Symptom auf gleiche Ursache zurückzuführen ist. Dass diese Erwägung auch für die syphilitische, mit chronischem Katarrh vergesellschaftete Ozaena Geltung hat, liegt auf der Hand. Jadassohn.

Nach Juhel-Renoy (25) kommen auch an den Tonsillen gummöse Processe vor, die meist unter dem Bilde einer Angina oder Diphtherie verlaufen. Sie verlaufen im Gegensatz zur tertiären Gaumenlues unter stark entzündlichen Erscheinungen, so dass Verfasser vorschlägt, sie als acute, tertiäre, gummöse Angina oder besser Tonsillitis zu bezeichnen. Jacobi.

Gouguenheim (26) stellt einen 43jährigen Kaufmann vor, der 1869 Syphilis acquirirt hatte, 1871 die ersten laryngealen Beschwerden verspürte und 1883 wegen Erstickungsgefahr laryngotomirt werden musste. Von 1883 bis 1888, in welchem Jahre Patient zum Verfasser in Behandlung kam, wurden verschiedene Sondencuren eingeleitet, alle ohne Erfolg. Es gelang Gouguenheim bei dem Patienten, bei dem Anfangs selbst Sonde 1 nicht durchgeführt werden konnte, allmälig, nach einem Zeitraum von ungefähr 6 Monaten, Sonden von 2 Ctm. Durchmesser einzuführen. Somit wurde es möglich, die Canüle dauernd zu verschliessen. Auch der Gebrauch der Stimme fand sich wieder. In der Discussion werden die ungünstigen Aussichten für eine dauernde Heilung dieser Narbenstricturen besprochen, Desprès wünscht den Fall in $1\frac{1}{2}$ Jahren zu sehen. Stein.

Darrier (27) legte den Larynx eines Mannes von 31 Jahren vor, der an galoppirender maligner Syphilis und Lungentuberculose gelitten hatte. Die Section ergab, neben Lungentuberculose, im Larynx die Schleimhaut in Form mehrerer durch Furchen getrennter Buckel geschwellt, an dem rechten Stimmband finden sich drei, am linken ein solcher grosser, höckeriger Wulst, an der Epiglottis zwei oberflächliche Erosionen. Mikroskopische Untersuchung zeigt, dass es sich vorwiegend um Verdickung des submucösen Bindegewebes handelt. Um ein diffuses Syphilom konnte es sich also nicht handeln, der Zusammenhang mit der Syphilis war durch Misserfolg antisyphilitischer Behandlung in Frage gestellt.

Gouguenheim (28) bespricht die Differentialdiagnose tuberculöser und syphilitischer Larynxerkrankung. Als charakteristisch für erstere bezeichnet er: Papilläre Wucherungen an der Schleimhaut des Interarytenoidalraumes, diese sind für Tuberculose von entscheidender Bedeutung, Freisein der Epiglottis, die grosse Zahl und Ausdehnung der Geschwüre, ihre geringe Tiefe, der Sitz auf nicht verdickter Schleimhaut, ihre langsame Vergrösserung, ihre Neigung zur Besserung auf topische Behandlung. Die syphilitischen Laryngopathien sitzen meist im vorderen Antheil des Larynx, haben eine

Vorliebe für die Epiglottis, steigen gerne vom Rachen nach dem Larynx herunter. Ihre Zahl ist meist klein, oft sind sie nur in der Einzahl zu finden, ihre destructive Tendenz ist gross, häufig neben recenten Geschwüren auch strahlenförmige Narben zu finden. Bei Combination der Syphilis mit der Tuberculose fehlen diese Narben häufig, die durch die Tuberculose zerstört werden, dagegen findet man dann häufig rapide Zerstörung der Epiglottis. Finger.

Cozzolino (29). Wenn auch die Nasen-Rachensyphilis zu den luetischen Manifestationen der Spätperiode gezählt werden muss, so kommen doch hinsichtlich der Zeit ihres Auftretens Abweichungen von der Regel vor, namentlich dann, wenn es sich um Lues handelt, die unter einem anderen Himmelsstrich acquirirt wurde, und um Racen, bei welchen die Syphilis nicht wie bei uns schon seit Jahrhunderten methodisch mit Quecksilber behandelt wird. Da treten gummöse Formen überhaupt und speciell solche, die ihren Sitz im Nasen-Rachenraum haben, sehr früh, oft gleichzeitig mit den Erscheinungen der Secundärperiode auf. Bei den Arabern scheint das Gesicht und besonders die Nase Prädilectionsstellen der tertiären Syphilis zu sein. Dieses Volk zeigt auch eine Eigenthümlichkeit bezüglich der hereditären Lues, denn während diese bei uns hauptsächlich in den ersten Lebensjahren und selten später auftritt, kommt sie bei den Arabern häufig erst im Jünglingsalter zur Entwickelung, wobei die Reihe der Erscheinungen gewöhnlich durch das Auftreten von Ulcerationen in der Nasenhöhle mit Zerstörung des knöchernen Nasengerüstes eingeleitet wird. Cozzolino hatte wiederholt Gelegenheit, schwere Formen von Nasensyphilis bei Aegyptern und bei in Aegypten lebenden Italienern zu beobachten. — Scrophulose und Tuberculose können auf die Localisation der Syphilis im Cavum pharyngo-nasale prädisponirend wirken und ihren Verlauf wesentlich beeinflussen; die Affection zeichnet sich dann durch besondere Chronicität und Hartnäckigkeit aus, und bekommt häufig ein sklerotisches Aussehen mit allgemeiner Verdickung der Schleimhaut. Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass die Nasen-Rachensyphilis 4—5 Jahre nach der Infection auftritt, obwohl mitunter 10, 15 und mehr Jahre bis dahin vergehen. Das frühere oder spätere Auftreten tertiär-syphilitischer Erscheinungen überhaupt und so auch der Nasen-Rachensyphilis hängt, wie Cozzolino, sich der Ansicht Jullien's anschliessend, meint, davon ab, ob die Syphilis in der Frühperiode behandelt wurde oder nicht, ob und wann Mercurpräparate angewendet wurden. Dornig.

Billings (30) beschreibt den Fall einer 35jährigen Frau, welche im 5. Jahre der Infection mit Dyspnöe und Aphonie erkrankte. Als die Symptome der Larynxstenose bedrohlich wurden, tracheotomirte man sie. Bei der Untersuchung fand sich eine grosse, gummatöse Schwellung, welche die ary-epiglottischen Falten und falschen Stimmbänder betraf und den halben Raum der Glottis überragte, Patientin erhielt nachdem Jodkali bis 40 Gr. pro Tag mit solchem Erfolg, dass nach 3 Wochen die Canüle entfernt werden konnte. Die Gewebe hatten sich so zurückgebildet, dass an Stelle der früheren Infiltration nur eine leichte Irregularität hinterblieb. Sternthal.

Nach den Beobachtungen Pedicini's (31) entwickeln sich syphilitische Knochenaffectionen relativ häufig in jenen Fällen, in welchen die Erscheinungen der Secundärperiode entweder ganz fehlten (?) oder so unauffällig verliefen, dass sie von dem Kranken und manchmal auch vom Arzte übersehen wurden, in denen daher die Einleitung einer energischen specifischen Behandlung unterlassen wurde. Die unmittelbare Veranlassung zur Entwickelung von Knochengummen bildet nicht selten ein Trauma. Der

Knochen kann sowohl primär, als auch secundär am gummösen Process theilnehmen, mag dieser Process vom Periost, namentlich von dessen innerster Schicht ausgehen und sich von hier ausbreiten, mag das Gumma von den oberflächlichen Schichten des Knochens oder vom Knochenmark seinen Ausgangspunkt nehmen und von da aus auf das lamellöse Stratum übergreifen, sicher ist es, dass das Gumma im Knochen unter demselben charakteristischen Bilde verläuft, wie in parenchymatösen Organen, nur dass es eine besondere Neigung zu Exostosenbildung zeigt, nicht als ob die gummöse Neubildung an sich zur Verknöcherung tendiren würde: aber ihre Irritationsproducte, namentlich die periostalen, haben ossificirende Tendenzen. Die Exostosen können die verschiedensten Formen annehmen, sind bisweilen diffus, haben dann eine unregelmässige Oberfläche und führen zu auffälligen Deformitäten. Die Stellung der Diagnose zwischen Gummen des Knochens und jenen des Periosts bietet unter Umständen grosse Schwierigkeiten, da es in der Mehrzahl der Fälle nahezu unmöglich ist, den Ausgangspunkt der Läsion zu bestimmen. Dornig.

Nach Pruche (32) tritt Syphilis der Tibia weitaus am häufigsten auf unter den luetischen Knochenerkrankungen; sie tritt sowohl bei acquirirter, wie bei congenitaler Lues auf. Während es sich bei Knochenerkrankungen in Folge acquirirter Lues um Veränderungen am Periost oder im Knochenmark (sowohl hyperplastischer, wie gummöser Natur) handelt, tritt die Syphilis congenita der Tibia unter der Form einer Exostose auf, welche sich an der vorderen und inneren Seite des Knochens entwickelt und die typische Säbelform der Tibia bewirkt. Diese Form gehört nach dem Verfasser der Syphilis hereditaria tarda an, und kann bis zum 20. Jahre noch auftreten. Galewsky.

Princeteau (33) demonstrirt in der Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux Erosionen und Perforationen im Schädeldach eines Mannes, bei dessen Section sich Tuberculose der Lungen und Lues der Leber fand. Princeteau glaubt, dass die Neurosen syphilitischer Natur sind. Boursier hält die Diagnose für unsicher und meint, dass der Impfversuch vielleicht zur Differentialdiagnose geführt hätte. Jakobi.

Viscerale Syphilis.

1. **Brunelle.** Des adénopathies syphilitiques anormales. — Thèse de Lille 1889.
2. **Biggs** N. M. Gummy tumors of the brain. New York Pathol. Society. — The Med. Record, 22. Juni 1889.
3. **Turner.** Syphilitic Pachymeningitis. — Lancet, 18. Mai 1889.
4. **Suckling.** Hemiplegia from inherited Syphilis. — Lancet, 11. Mai 1889.
5. **Walker.** A case of syphilitic paraplegia. — Lancet, 8. Juni 1889.
6. **Ware** Lyman. Syphilitic Cyclitis. — The Med. Record, 8. Juni 1889.
7. **Boukkeicff** Basile. Étude sur le Néphrites syphilitiques précoces. — Thèse pour le Doctorat en Médecine, Paris 1889.
8. **Firkel.** Contribution à l'étude des altérations syphilitiques des valvules cardiaques. — Note présentée à l'Académie royale de méd. Belgique. Bulletin 4. séries, tome II, 1888.
9. **Buchholz.** Ueber Veränderungen an den Gefässen der Hirnbasis. XIV. Wanderversammlung südwest-deutscher Neurologen und Irrenärzte. — Ref. Münchner med. Wochenschr. 1889, Nr. 28.
10. **Bianchi.** Ueber die Milzanschwellung bei Syphilis. — Italienischer Congress für innere Medicin in Rom, 20.—24. November 1888.

11. **Northrup.** Miliary Gummata of the lungs, liver, spleen, kidneys and lymphatics in a child nine monthe of age. — The Med. Record, 10. August 1889, Nr. 979.
12. **Taberlet.** Deux observations de Bronchites syphilitiques chez les adultes. — Gaz. hébdom. de méd. et de chir. 1889, Nr. 30.
13. **Ziemssen** v. Die Syphilis des Nervensystems. — v. Ziemssen's klin. Vortr., IV., Abth. 3. Nr. 13.
14. **Ascher** B. Beitrag zur Kenntniss des Verlaufes und der Aetiologie der allgemeinen Paralyse. — Allg. Zeitschr. f. Psych. 1889. XLVI., Seite 1.
15. **Christian.** Syphilis et paralysie générale. Congrès internat. de méd. mentale. Paris, 5—10. Avril 1889. — La semaine méd. 1889, Nr. 36.
16. **Moravesik.** Hysterische Erscheinungen bei luetischen Veränderungen des Hirns auf Grund patho-histologischer Untersuchungen. — Orvosi Hetilap. 1888, Nr. 36. Pester med.-chir. Presse 1888, Nr. 40.
17. **Manal** Morin. Ein Fall von Diabetes insipidus, wahrscheinlich durch Syphilis verursacht. — Gyógyászat 1888.
18. **Schmaus** Hans. Zur Kenntniss der Rückenmarkssyphilis. Aus dem pathologischen Institute zu München. — Deutsches Arch. f. klin. Med. XLIV., 2. und 3., pag. 244 ff.
19. **Schwarz** Eduard. Die Lues-Tabes-Frage und die Behandlung der Tabes in Kemmern. — St. Petersburger Wochenschr. 1889, Nr. 30.
20. **Neftel.** Beiträge zur Aetiologie und Therapie der Tabes dorsualis. — Virchow's Arch., Bd. 117, Heft 2.
21. **Minor** L. Contribution à l'étude de l'étiologie du Tabes. — Arch. de Neurologie, März 1889.
22. **Dillmann** Th. Ueber tabische Augensymptome und ihre diagnostische Bedeutung unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Tabes-Syphilisfrage nach dem Material der Schöler'schen Augenklinik in Berlin. — Inaug.-Dissertation, Leipzig 1889.
23. **Berger** E. Dr. Die Sehstörungen bei Tabes dorsalis und Versuch einer einheitlichen Erklärung des Symptomencomplexes der Tabes. — Wiesbaden 1889.
24. **Buss** Otto. Ein Fall von acuter disseminirter Myelitis bulbi nebst Encephalitis bei einer Syphilitischen. Aus der medicinischen Universitätsklinik zu Göttingen. — Deutsches Arch. f. klin. Med. XLI., S. 241 ff.
25. **Breteau** Almire. Des myelites syphilitiques précoces. — Thèse de doctorat., Paris 1889.
26. **Irsai.** Ein Fall von geheilter Myelitis syphilitica. — Orvosi Hetilap 1888.
27. **Peltesohn** N. Pathognomonische Residuen der Syphilis am Auge. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 35.
28. **Ayres** S. C. Syphilitic gummata of the ciliary body. — The Americ. Journ. of Ophthalmol., August. 1888.
29. **Magawly.** Mittheilungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt. 1888.
30. **Bramann.** Gummata in den Muskeln. Sitzung der Berliner med. Ges. vom 23. Jänner 1889. — Ref. Deutsche med. Ztg. 1889, pag. 131, Nr. 11.

Brunelle (1) versteht unter luetischen Adenitiden anormalen Verlaufes solche, welche strumöse Entartung oder Vereiterung eingehen. Fournier fand unter 265 luetischen Adenitiden 13 anormale, Leloir unter 664 32, also circa 5 Procent. Ihrem klinischen Verlaufe nach unterscheidet der Verfasser nach Leloir's Eintheilung acute Adenitiden von subacuten oder chronischen. Erstere zerfallen wieder in a) Adenites suppurées, bei welchen

nur das Drüsengewebe vereitert und b) in Adeno-phlegmons suppurées, bei welchen die Drüsenvereiterung von Einschmelzung des die Drüse umgebenden Gewebes begleitet wird. Die acute Form tritt namentlich während der Primärperiode auf, ist aber auch schon sehr häufig während der Secundärperiode; in der Tertiärperiode fehlt sie vollständig. Die zweite Form, die subacute und chronische hingegen findet sich in allen Perioden der Syphilis, selbst in der Tertiärperiode. Sie zerfällt je nach ihrem Verlauf in nichtvereiternde und vereiternde (Écrouelles syphilitiques). Die ersten bilden harte, feste, cartilaginöse Drüsen, haben lobulären Charakter und gehen leicht Verwachsungen mit der Haut ein, sie können Monate, ja selbst Jahre bestehen; sind sie im Rückgange begriffen, oder von der specifischen Therapie beeinflusst, so erweichen sie oft, fluctuiren und öffnen sich unter Bildung von Fistelgängen. Die letzteren bieten gleich vom Anfang an ein anderes Bild. Bei einem in der Secundär- oder Tertiärperiode befindlichen Individuum vereitern plötzlich, ohne Vorboten oder kenntliche Ursache, die Drüsenpaquete, es bilden sich Fisteln, die eine serös-käsige Flüssigkeit absondern. Die Ränder der Fistelöffnungen sind mit Ulcerationen bedeckt, die an die der scrophulosen Processe erinnern. Die Abheilung dieser Drüsen kann mehrere Jahre in Anspruch nehmen, und zu Narben Veranlassung geben, die den scrophulosen ähneln. Brunelle theilt im Weiteren diese „Écrouelle syphilitiques", nach Leloir's Vorgang, wiederum in mehrere Unterabtheilungen ein, in 1. Écrouelles scrofulo-tuberculeuses, entstanden auf luetischer Basis; 2. wahre Écrouelles syphilitiques, echte Gummata und 3. Mischformen zwischen beiden. Die Therapie wird natürlich zuerst versuchen, durch eine specifische Behandlung einzuwirken, die chirurgische kommt erst in zweiter Linie. Galewsky.

Biggs (2) demonstrirt ein Präparat von Hirngummata, deren eigenthümlich symmetrische Lage besonders auffallend ist. Der Patient bot die Symptome von Tertiärsyphilis dar. Einige Monate vor seinem Tode entwickelte sich bei ihm eine Ophthalmoplegia duplex, die doppelseitige Ptosis auf beiden Augen zur Folge hatte. Sein Tod erfolgte durch Schädelfractur, die er beim Abwärtssteigen erlitt. Die Autopsie ergab beiderseits im dritten Hirnnerv ein Gumma, sowie Verdickungen in der Gegend des Infundibulum und der Fissura Sylvii.

Turner (3) gibt die Beschreibung einer Pachymeningitis syphilitica bei einem 25jährigen Seemann, der nach einem schweren Fall auf dem Schiffe, wegen einer Knieverletzung aufgenommen, im Verlaufe der Behandlung folgende Symptome zeigte: Diplopie unter Paralyse zuerst des rechten, sodann auch des linken Musculus rectus externus, Nackenstarre, Steifigkeit in den oberen Extremitäten, Schmerzen in denselben bei herabgesetzter Sensibilität, sowohl hier wie auf der rechten Seite des Thorax und des Abdomen, eigenthümliche Veränderungen der Bewegungen beim Gange.

Suckling (4) schildert bei einem 3jährigen Knaben, der im dritten Lebensmonate Coryza und Plaques ad os et ad anum hatte und im zweiten Lebensjahre Chorioiditis disseminata und Nystagmus bekam, den Eintritt einer Hemiplegie. Trotz vorausgeschickter gemischter, antispecifischer Behandlung, durch die auch die Chorioiditis nicht beeinflusst wurde, bildete sich letztere ganz charakteristisch aus. Die Bewegungen auf der erkrankten Körperseite waren nur schwach und zitternd. Als Ursache nimmt Suckling ererbte Syphilis an.

Walker (5) bekam 18 Monate nach der Infection einen bisher ungenügend behandelten Kranken wegen Iritis specifica zunächst zur Beobachtung. 14 Tage später trat eine schwere Paraplegie ein, die trotz einer

energisch durchgeführten antiluetischen Therapie unter einer hinzutretenden Cystitis, unter starker Entkräftung des Patienten und an verschiedenen Körperstellen ausgebildetem Decubitus letal endigte. Die Autopsie ergab im Gehirn keinerlei charakteristische oder nur erwähnenswerthe Veränderungen, hingegen eine Erweichung in der Lumbaranschwellung des Rückenmarkes; hier zeigten sich auch bei der mikroskopischen Untersuchung die Wandungen der die Pia mater durchziehenden Arterien in ihrer Intima zumal beträchtlich verdickt, so dass eine bedeutende Verengerung ihres Lumens bestand. Die weisse Substanz war von Leukocyten reichlich durchsetzt.

Friedheim.

Ware Lyman (6) gibt im Anschluss an einen Vortrag über Cyclitis syphilitica folgende Rathschläge: 1. Grössere Sorgfalt bei der Diagnose primärer Erscheinungen. So schwierig primäre und secundäre Syphilis zu diagnosticiren sein kann, um so schwieriger ist es im Allgemeinen, tertiäre zu diagnosticiren; 2. Mercur ist ohne Frage im primären und secundären Stadium diagnosticirt, während Jodkali in grossen Dosen das Heilmittel des tertiären (gummösen) Stadiums ist; 3. grosse Dosen des letzteren Medicamentes werden nur vertragen, wenn dasselbe in allmälig steigender Dosis, $^1/_2$—1 Stunde nach der Mahlzeit in viel Wasser genommen wird.

Zeising.

Bisher hat man, sagt der Verfasser der These, B. Boukkeieff (7), syphilitischen Nierenerkrankungen zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Dieulafoy habe erst darauf hingewiesen, dass die Syphilis eine mächtige Ursache des Brightismus sei und in allen ihren Entwickelungsstadien auf die Nieren einwirke, um daselbst die verschiedensten Entzündungen zu verursachen. Bis 1864 hielt man syphilitische Nierenerkrankung nur dem tertiären Stadium der Lues zukommend, in England schob man die Erkrankung der Niere bei Syphilitikern dem Einfluss der angewendeten Hg-Präparate zu, bis sich endlich die Anschauung Bahn brach, dass sie hauptsächlich eine Folge des secundären Stadiums der Lues sei. Dann bespricht der Verfasser weiter die verschiedensten Symptome und Störungen, welche sich bei den betreffenden Kranken bemerkbar machen, wann sie zuerst auftreten, mit welchen Vorzeichen, wie und in welcher Weise sie verlaufen, indem er dabei den Grundsatz aufstellt, dass die syphilitischen Nierenerkrankungen im Allgemeinen, wie alle andern, nur nicht so schwer verlaufen. Was die Prognose betrifft, so ist die Dauer meistens eine sehr lange und zeigen sich zahlreiche Recidive. Im Ganzen sei selten einmal letaler Ausgang constatirt worden. Wenn auch die einzelnen Symptome keine Garantie für die Diagnose bieten, so seien sie doch von grossem Werth und habe man stets bei der Behandlung einer Nephritis daran zu denken, ob etwa eine syphilitische Infection vorausgegangen sei. Zur Behandlung wird die Anwendung von Hg-Präparaten und Jodkalium empfohlen, bei der als Hauptgefahr das Entstehen einer Stomatitis wegen der vermehrten Absonderung der Speicheldrüsen bei verminderter Ausscheidung der krankhaft veränderten Nieren zu befürchten sei. Dann führt der Verfasser noch ein reichliches Krankenmaterial an, um seine Arbeit mit folgenden Schlussfolgerungen zu beenden. 1. Die Nephritis kommt in allen Stadien der Syphilis vor; 2. die frühzeitige Nephritis zeigt fast stets den Charakter einer Glomerulo-Nephritis und verläuft weniger schwer als die der Tertiärperiode; 3. bei der langen Dauer und den häufigen Recidiven ist eine langdauernde Behandlung am Platz; 4. ebenso wie man bei Syphilitikern in allen Phasen der Erkrankung den Urin auf Eiweiss untersuchen soll, soll man bei Behandlung einer Nephritis stets an Lues denken; 5. die Basis der Behandlung bilden die Hg-Präparate und das Jodkalium.

Hilgenstock.

Firkel (8) veröffentlicht die Krankengeschichte und den Sectionsbefund eines Falles, den er mit grosser Bestimmtheit als eine syphilitische Veränderung der Herzklappen ausspricht — also als eine Erkrankung, von welcher er kaum ein einziges sicheres Beispiel (Plissier, Ann. de derm. et de syph. 1882, pag. 333) in der Literatur gibt. Die 53jährige Patientin war unter Athembeschwerden und mit Oedemen erkrankt. Der Zustand hatte sich bald verschlimmert, die Anamnese ergab nichts von Bedeutung. Die Untersuchung ergab ausser Cyanose, Oedemen, Nephritis eine geringe Vergrösserung der Herzdämpfung und ein systolisches Geräusch an der Herzspitze; kein Fieber. Exitus nach vierwöchentlichem Hospitalaufenthalt. Die Section ergab als wesentlichsten Befund: Mehrere Lebergummata nebst mässiger Cirrhose, amyloide und fettige Degeneration der Nieren, Ascites, pleuritisches Transsudat, alter indurirter Herd in der Lungenspitze mit einigen undeutlichen Tuberkeln. Der wichtigste Befund ist der am Herzen: Am freien Rande der Mitralis, auf deren Oberfläche ein kleiner, flach anhaftender, weisser Thrombus, in welchem sich bei mikroskopischer Untersuchung ebensowenig wie in dem Klappengewebe selbst Mikroorganismen vorfanden; dagegen konnten im letzteren breite Züge amyloider Degeneration nachgewiesen werden. Die Musculatur des Herzens normal; an den Aortenklappen, in der Aorta und in den Arteriis coronar. einige atheromatöse Herde. Aus diesem Sectionsbefunde schliesst Firkel, dass es sich bei der Veränderung der Herzklappen um eine syphilitische Erkrankung gehandelt habe; die amyloide Degeneration könnte nicht auf die Nierenerkrankung, wohl aber auf die syphilitische Dyskrasie bezogen werden. Selbst wenn man die letztere Deduction als richtig anerkennt, wird man die auf der amyloiden Degeneration beruhende Klappenerkrankung nur als eine indirect durch die Syphilis bedingte ansehen können; ob aber selbst nur dieser Zusammenhang besteht, wird aus der — pathologisch-anatomisch jedenfalls sehr interessanten — Beobachtung kaum mit Bestimmtheit zu erschliessen sein.

Jadassohn.

Buchholz (9) konnte bei seinen mikroskopischen Untersuchungen charakteristische Unterschiede in dem Verhalten der Gefässe von syphilitisch Gewesenen und nichtsyphilitisch Gewesenen nicht finden.

Bianchi (10) bespricht auf das Ausführlichste die auscultatorisch-percussorischen Erscheinungen der syphilitischen Milzintumescenz, sowie ihren Werth für Diagnose und Therapie.

Northrup (11) schildert den Sectionsbefund eines 9 Monate alten Kindes, bei welchem intra vitam eine Diagnose nicht gestellt werden konnte und bei welchem die Autopsie neben oberflächlichen Ulcerationen an der Basis der Zunge und im Kehlkopfe miliare Gummata in der Leber, Lunge und Milz ergab.

Jadassohn.

Taberlet (12) beschreibt 2 Fälle von Bronchitiden, welche lange Zeit andauerten, keiner der sonst üblichen Behandlungsweisen wichen und erst auf antiluetische Therapie schnell und prompt abheilten. Die Bronchitiden traten 3—4 Jahre nach dem Primäraffect auf, und wiesen sonst in nichts auf Lues hin. Taberlet glaubt sie ex eventu als luetische bezeichnen zu können.

Galewsky.

Ziemssen (13) unterscheidet 4 Formen der Syphilis des Centralnervensystems: 1. Syphilitische Erkrankung der umgebenden Knochen und ihres inneren Periosts, der Dura. 2. Chronische gummöse Septomeningitis. 3. Syphilitische Arterienerkrankung. 4. Syphilitische Erkrankung der Substanz der Centralorgane, infectiöse Granulationsgeschwulst und zwar entweder als circumscriptes Gumma oder als mehr diffuse Infiltration. Während in dem

Krankheitsbilde der syphilitischen Affection der Hirnhäute die Erscheinungen diffuser oder circumscripter Hirnhautreizung und irritativer Störungen der Rindenfunctionen vorherrschen und Herdsymptome sich erst dann einstellen, wenn das Meningealgumma in die Hirnsubstanz hineinwuchert, tritt die specifisch-infectiöse Granulationsgeschwulst der Hirnsubstanz vom Anfang an unter dem Bilde des circumscripten Hirntumors auf. Doch ist das klinische Bild des Hirntumors bei Syphilis der Hirnsubstanz meist durch die Miterkrankung der Gefässe und der Häute getrübt. Schwieriger gestaltet sich die Diagnose der syphilitischen Gefässerkrankung des Hirns. Eine Differentialdiagnose zwischen Arteriitis syphilitica und Endarteriitis deformans, welche pathologisch-anatomisch oft grosse Schwierigkeiten macht, ist klinisch dadurch ermöglicht, dass erstere die Basal- und Rindenregion, letztere das Gebiet der Arteria fossae Sylvii bevorzugt. Ein weiterer werthvoller Anhaltspunkt für die Diagnose der Hirnarterien-Syphilis dürfte sich aus dem durch Vortragenden in einem Falle geführten ophthalmoskopischen Nachweis einer Wandverdickung der Arteria centralis retinae und ihrer Rückbildung unter dem Einfluss specifischer Behandlung ergeben. Viel seltener sind die syphilitischen Affectionen des Rückenmarks. Die Symptome der syphilitischen Erkrankung der Häute schliessen sich wiederum eng an die für chronische Meningitis charakteristischen Erscheinungen der Steifigkeit und Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule unter Mitbetheiligung der austretenden sensibeln und motorischen Wurzeln an, während der Symptomencomplex der Syphilis der Rückenmarksubstanz mehr dem eines Tumors als einer transversalen Myelitis entspricht. Die häufigste Form der mit Vorliebe im Gebiete des Trigeminus, Opticus und Ischiadicus auftretenden Nervensyphilis ist die syphilitische Neuralgie. Die ätiologische Beziehung zwischen Syphilis einerseits und Dementia paralytica und Tabes dorsalis andererseits, welche Vortragender anhangsweise bespricht, ist durch den statistischen Nachweis, dass 75 Procent aller Paralytiker und 91 Procent aller Tabetiker luetisch sind, ausser Zweifel gestellt. Zum Schluss tritt Vortragender für eine energische protrahirte Jod-Quecksilberbehandlung bei der Syphilis des Nervensystems ein. Bfd.

Ascher (14), welcher in der Aetiologie der Paralyse auch der erblichen Anlage eine grosse Bedeutung beimisst, hat in 34·7 Procent der Fälle, welche für eine statistische Aufstellung zu verwerthen sind, eine frühere syphilitische Infection aufgefunden; die Zeit, welche zwischen der Infection und dem Auftreten der Paralyse vergangen war, war eine ausserordentlich wechselnde — ein bestimmter Einfluss der überstandenen Lues auf den Krankheitsverlauf besteht höchstens in der Beziehung, dass in einer grossen Anzahl dieser Fälle apoplektiforme Anfälle auftraten.

Christian (15) spricht sich, auf Grund seiner statistischen Erhebungen und auf Grund allgemeiner Erwägungen gegen die Bedeutung aus, welche in neuerer Zeit von der Mehrzahl der Autoren der Syphilis in der Aetiologie der Paralyse beigemessen wird. Er hat nur bei 15 Procent seiner Paralytiker Lues in der Anamnese gefunden und betont die anatomische Verschiedenheit der als sicher luetisch erkannten Gehirnerkrankungen gegenüber der Periencephalitis chronica der Paralytiker. Die klinischen Merkmale reichen nach des Verfassers Ansicht nicht aus, um eine besondere syphilitische Form aus dem Krankheitsbilde der Paralyse abzugrenzen. Einen durch specifische Therapie geheilten Fall kennt er nicht. Im Gegensatze zu Christian sprechen sich Mabille und Ballet für den Zusammenhang zwischen Paralyse und Lues aus. Der Letztere besonders betont die Bedeutung der Statistik gerade für diese Frage wesentlich darum, weil wir die anatomischen Läsionen, welche die Lues im Gehirn setzen kann, so wenig

kennen. Er glaubt, dass 90—100 Procent Paralytiker syphilitisch gewesen seien und schlägt eine internationale Enquête über diese Frage vor.

Moravesik (16). Hochgradige, angeblich hysterische Erscheinungen bei einer 44jährigen, neuropathisch belasteten und früher syphilitischen Frau — später schwerere Erscheinungen; Exitus, trotz antiluetischer Behandlung; „Encephalitis syph." des Gross- und Kleinhirns. Jadassohn.

Manal (17). Ein Fall von Diabetes insipidus bei einem Patienten mit deutlichen syphilitischen Symptomen (Gummata etc.). In Folge antiluetischer Behandlung bedeutende Besserung. Morin glaubt, dass die Polyurie durch luetische Erkrankung des Gehirns oder der es umgebenden Knochen entstanden ist.

Schmaus (18). I. Ein Fall von syphilitischer Gefässerkrankung des Rückenmarks. Bei einem in Folge luetischer Erkrankung des Rückenmarks an hochgradigen motorischen und sensibeln Störungen der Unterextremitäten, der Blase und des Mastdarms leidenden 37jährigen Mann fanden sich bei der mikroskopischen Untersuchung des Hals- und Brustmarkes eine strangförmige Degeneration der Goll'schen Stränge im Bereiche des Halsmarkes und eine disseminirte ganz unregelmässige Sklerose der Hinterstränge im Bereiche des Brustmarkes und der Pyramidenbahnen. Die Veränderungen der Rückenmarkssubstanz waren bedingt durch eine mit Verengerung des Lumens einhergehende syphilitische Gefässalteration, welche in einer hyalinen Verdickung der Intima, verbunden mit einer Infiltration der Gefässhäute mit Zellen verschiedenster Art bestand. Der Ausgangspunkt der Gefässerkrankung ist nach dem Vorgange Friedländer's und Baumgarten's in die Adventitia zu verlegen. II. Hyaline Degeneration der Rückenmarksgefässe. Poliomyelitis syphilitica. Vor 21 Jahren Infection, vor 6 Jahren Pleuritis mit vollständiger Genesung, vor $2^1/_2$ Jahren Krämpfe, Mattigkeit in den Beinen und Kreuzschmerzen. Besserung nach Gebrauch von Salbeneinreibungen. Recidiv nach 6 Monaten mit allmäliger Verschlimmerung. Tod an ausgedehnter Phthisis pulmonum. In der grauen Substanz der Vorderhörner des Lumbalmarkes links ein grösserer, rechts ein kleinerer poliomyelitischer Herd mit vollständigem Schwund der Ganglienzellen daselbst. Beginnende secundäre Degeneration der Vorderseitenstränge. Davon unabhängig hyaline Degeneration der Gefässwände, namentlich in den Hintersträngen des Lumbalmarkes. Der Abhandlung sind mehrere farbige Abbildungen beigegeben. Bfd.

Schwarz (19) bespricht die Frage nach der Aetiologie der Tabes, wesentlich im Anschluss an die Rumpf'schen Ausführungen und tritt für den luetischen Ursprung der Tabes ein; es ist ihm nicht gelungen, unter 30 Fällen reiner Tabes einen aufzufinden, in dem Lues fehlte — in dem einzigen, in dem dies der Fall zu sein schien, stellte sich nachher doch noch die Lues heraus, welche allerdings — wie so häufig in diesen Fällen — ganz besonders milde verlaufen war. Mit Recht zieht Schwarz aus solchen Erfahrungen den Schluss, dass auf einen negativen Ausfall der Anamnese kein Gewicht zu legen sei. Ebensowenig ist dies der Fall bezüglich des mangelnden Erfolges antiluetischer Therapie — speciell spricht sich der Verfasser über die Schwefelbäder aus und betont, dass dieselben nur insoferne ungünstig wirken, als sie die Kräfte des Organismus in Anspruch nehmen; mit Mass gebraucht. sind sie nicht blos nicht schädlich, sondern können eine Inunctionscur erfolgreich unterstützen. Jadassohn.

Neftel (20) spricht sich unter Anderem auch über die Bedeutung, welche die Lues in der Aetiologie der Tabes hat, aus und meint, dass die-

selbe keine andere sei, als die anderer Dyskrasien, namentlich der Malaria, vielleicht der Gicht, sicher ganz besonders des Rheumatismus (angeblich in 95 Procent!) und — in allererster Linie — der sexuellen Excesse, welche er in keinem Falle vermisst haben will. Es gäbe eine syphilitische Tabes, wie es eine toxische, rheumatische etc. gibt, aber in diesen — bei Weitem den häufigsten — Fällen spiele auch die Lues nur die Rolle einer Gelegenheitsursache, welche die „Disposition" weckt. Daneben könne es auch eine Tabes, wirklich in Folge von Localisation syphilitischer Processe in dem erkrankten Nervengebiet geben, dieselbe sei aber nicht erwiesen.

Jadassohn.

Minor (21) fand bei der statistischen Durcharbeitung eines sehr grossen Materials von Nervenkranken, dass der Procentsatz an Tabes und Paralyse bei den Russen 2·9, respective 2·6 Procent, bei den Juden, welche im Allgemeinen eine grosse Disposition zu Nervenkrankheiten haben, nur 0·8 Procent betrug. Der Nachweis der Syphilis in der Vorgeschichte der russischen Tabetiker gelang in 60—70 Procent der Fälle, bei den Juden fast immer. Aus diesem, in der That sehr beachtenswerthen Ergebniss schliesst der Verfasser, dass Tabes und Paralyse nicht auf der sonst in der Aetiologie der Nervenkrankheiten so wesentlichen Disposition, sondern wirklich auf der Syphilis beruhe, zumal die letztere bei den russischen Juden notorisch sehr selten sei. Jadassohn.

Dillmann (22) konnte in 53·9 Procent seiner Fälle von Tabes sichere vorausgegangene Syphilis constatiren; seine Angaben über die Zeitdauer zwischen der Infection und dem ersten Auftreten tabischer Symptome bringen nichts Neues.

Berger (23) fand in 43 Procent seiner (108) Fälle Lues in der Anamnese; die ersten Erscheinungen traten im Durschschnitte 11½ Jahre nach der Infection ein. Nach des Verfassers Erfahrungen beginnt die Tabes bei Syphilitischen vorwiegend mit cerebralen, bei nicht Syphilitischen vorwiegend mit spinalen Symptomen. Ein Unterschied in der Häufigkeit schwerer Complicationen zwischen der einen und der anderen Gruppe konnte nicht constatirt werden.

Buss (24). Aus der sich über einen Zeitraum von 7 Jahren erstreckenden Krankengeschichte entnehmen wir Folgendes: 29jährige Zigeunerin, welche dreimal geboren hat. Im letzten Puerperium apoplektiform auftretende Parese im linken Arm und Bein ohne Bewusstseinsstörung, welche allmälig in Paralyse überging und auch die rechtsseitigen Extremitäten angriff. Im weiteren Verlauf Störungen Seitens der Sprache, des Sehvermögens, Gehörs und Geschmacks. Schlingbeschwerden. Störungen des Muskelsinns in allen vier Extremitäten bei erhaltener Sensibilität. Intentionstremor. Blase und Mastdarm intact. Oeftere Remissionen und Exacerbationen. Auftreten von Pleuritis, Phthisis pulmonum und Nephritis. Tod. Sectionsbefund: Sklerose der Medulla oblongata — Tuberculose der linken Lunge, syphilitisches Geschwür im Kehlkopf, chronische, interstitielle Nephritis, ausgebreitete Amyloiddegeneration der Abdominalorgane. Mikroskopisch fand sich ein alter, wahrscheinlich von syphilitischer Encephalitis herrührender Erweichungsherd hämorrhagischen Charakters in dem linken Abschnitte der Haube, der Brücke und des Grosshirnschenkels mit secundärer, auf- und absteigender Degeneration im Bindearm, respective rothen Kern. Die durch Läsion von Bindearmfasern und der Haube der Brücke und des Grosshirnschenkels experimentell erzeugte auf- und absteigende Degeneration der Nervenfasern des Bindearms und rothen Kerns ist in vorliegendem Fall zum ersten Mal auch beim Menschen

beobachtet worden. Ebenfalls als secundär ist die Sklerose der beiden oberen und unteren Oliven aufzufassen, während die mit Schwund der markhaltigen Nervenfasern und Verbreiterung des Stützgewebes einhergehende Atrophie beider Corpora vertiformia und der rechten Substantia reticularis, ferner die Atrophie verschiedener Nervenkerne als Residuen einer disseminirten Myelitis bulbi anzusehen sind.

Breteau (25) weist in seiner Arbeit auf die bisher weder genügend bekannte, noch gewürdigte Thatsache hin, dass sich Erkrankungen des Rückenmarks zuweilen schon in der Frühperiode der Syphilis einstellen und zwar ohne dass die Krankheit bis dahin irgend welche Erscheinungen eines malignen Verlaufes gezeigt hat. Er unterscheidet, gestützt auf eine Reihe gut beobachteter Fälle zwei Formen dieser „myelite précoce". Eine langsam und eine schnell verlaufende Form. Erstere bietet eine bessere Prognose und ist der Behandlung leichter zugänglich, als die zweite Form, bei der jede Therapie unwirksam blieb. Diesen zwei klinischen Unterscheidungsformen entsprechen zwei anatomische Varietäten, die allerdings für die Diagnose „Lues" selbst wenig charakteristische Merkmale darbieten.

Ledermann.

Irsai (26) schildert einen Fall von vollständiger Heilung einer Myelitis syphilitica durch eine antisyphilitische Behandlung nach 22 Sublimatinjectionen und Gebrauch von Jodkalium

Peltesohn (27) bespricht kurz diejenigen syphilitischen Affectionen des Auges, welche Residuen an demselben hinterlassen und somit unter Umständen die Diagnose einer latenten Syphilis sichern können. Er erwähnt die Keratitis punctata specifica und Keratitis diffusa und hebt bei letzterer die bekannten Hirschberg'schen Befunde hervor (cf. Referat in der Vierteljahresschrift 1888, Seite 850), dass nämlich neugebildete Gefässchen zurückbleiben, die 6—13 Jahre nach dem Beginn der Hornhautentzündung noch nachweisbar sind. Sodann weist Verfasser darauf hin, dass die Iritiden in 60 Procent der Fälle syphilitischen Ursprunges sind und gewöhnlich Verwachsungen zwischen Iris und vorderer Linsenkapsel hinterlassen, die allerdings oft nur bei seitlicher Beleuchtung mit der Lupe sichtbar sind. Eine Iritis gewährt absolute Sicherheit in der Diagnose der Iritis gummosa. Peltesohn erwähnt ferner die Retinitis specifica, deren charakteristisches Bild jüngst erst Hirschberg entwarf und auf deren semiotische Bedeutung als früheste Manifestation der Heubner'schen Arteriitis syphilitica im Gebiete der Carotis interna Ostwald hinwies (cf. Referate in diesem Archiv 1889, Seite 132 und 133). Endlich macht Verfasser noch darauf aufmerksam, dass eine rasche Heilung mit glücklicher Erhaltung der Sehschärfe bei einer Neuritis optica nur bei Syphilis gelingt. Sternthal.

Ayres (28). Fünf Fälle von Gumma des Ciliarkörpers 1—3½ Jahre post infectionem, einer nach Iritis, meist 1—2 kleine Knoten in der Ciliargegend, einmal 4—5 Knoten, einmal erstreckt sich die Geschwulst um die halbe Cornea; ein Auge wurde wegen der Schmerzen enucleirt, in den übrigen Fällen wurde punctirt. Bei 3 Kranken folgte Phthisis bulbi; bei einem wurde die Sehschärfe erhalten; der fünfte Patient ebenfalls erblindet.

Magawly (29). Bei Keratitis parenchymatosa meist glücklicher Erfolg der Schmiercur; versagte diese, so wurde Jod verwendet. — Die syphilitische Iritis war in 23 Procent der Fälle gummös, einmal bei einem Kinde von 10 Jahren.

Bramann (30) berichtet über 2 Fälle von Muskelgummata im Sterno-cleidomastoideus. Bei dem zweiten Falle handelte es sich mehr um eine Myositis fibrosa.

Hereditäre Syphilis.

1. **de Fortunet** Désire. Syphilis hereditaria. — Prov. méd. 1889, Nr. 11.
2. **King** E. E. Hereditary syphilitique transmission through two generations. Third annual meeting, held at Newport, 21. und 22. Mai 1889. American association of genito-urinary surgeons. — The New York Med.-Journ. 15. Juni 1889.
3. **Sevestre.** Des manifestations laryngées de la Syphilis héréditaire précoce. — Le Progrès méd. 1889, Nr. 20 und 21.
4. **Kirmisson.** Un cas de syphilis osseuse héréditaire. — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 61.
5. **Majew.** Ueber den Einfluss der Syphilis der Eltern auf die Nachkommen bezüglich deren Infectionsdisposition. — III. Congress russischer Aerzte zu St. Petersburg. (Die Infectionsdisposition für Lues von Kindern syphilitischer Eltern ist, wenn überhaupt vorhanden, eine sehr geringe; ob dieselbe auch auf Grosskinder übergeht, wohl anzunehmen. Jedenfalls zeigen Nachkommen syphilitischer Vorfahren bei etwaiger Infection sehr häufig abgeschwächte Symptome.)
6. **Fournier.** La Loi de Baumés. — Bullet. méd. 1889, 8.
7. **Neu** Heinr. Syphilis hereditaria tarda. — Inaug.-Dissertation. Bonn 1889.
8. **Manuino.** Syphilis hereditaria tarda, einen Pseudotumor vortäuschend. — La France méd., 1888, 25. (Auftreten von schweren Gelenksaffectionen der oberen und unteren Extremitäten, bei einem 19 Jahre alten Manne, dessen Eltern beide an Syphilis litten. Ausser der schweren Augenerkrankung, Ulcerationen auf Stirn und in der Umgebung der Gelenke. Heilung nach 3 Monaten unter specifischer Behandlung.)
9. **Casella.** Klinische Beobachtung eines Falles von Omphalorrhagie und Purpura simplex in Folge von Syphilis congenita. — Arch. ital. di Pediatria 1889, pag. 183 ff.
10. **Fournier.** Syphilis acquise, simulant la syphilis héréditaire. — Réunion clinique hebdom. de l'hôp. St. Louis, 4. April 1889.
11. **d'Heily.** Fall von wahrscheinlich hereditärer Syphilis. — La semaine méd. 1889. (Fall von tertiärer Lues bei einem 14jährigen Mädchen mit vielfachen Hyperostosen, Zerstörung der Nase etc.; Eltern angeblich gesund, Lues hereditaria tarda oder Lues acquisita incontinens?)
12. **Siemerling** E. Zur Lehre von der congenitalen Hirn- und Rückenmarkssyphilis. (Aus der psychiatrischen Klinik der Charité). — Arch. f. Psychiatrie XX, 3, pag. 102 ff.
13. **Bierfreund** Max. Beitrag zur hereditären Syphilis des Centralnervensystems. (Aus dem pathologischen Institut zu Königsberg.) — Ziegler und Nauwerck's Beiträge z. path. Anat. III, Heft 4, pag. 389 ff.
14. **Desmartin.** Evolution infantile des dents hérédo-syphilitiques. — Thèse de Paris 1889.

Fortunet (1) stellt einen 20jährigen Mann vor, der seit seinem 4. Jahre an Epilepsie leidet, ohne Trinker oder luetisch inficirt zu sein. Während der Pubertätszeit traten an den Oberschenkeln Acneknoten auf, die sich in Form von Plaques verbreiteten, mit Krusten bedeckt waren und unter Narbenbildung heilten. — Diagnose wurde gestellt auf 7 Aborte der Mutter hin, auf die Eruption zur Pubertätszeit, die Localisation an den Beinen, die Coexistenz der Epilepsie.

King (2) beschreibt die Krankengeschichte eines Zwillingspaares Knabe und Mädchen, welche 2 Tage alt, Geschwüre am Mund und im Rachen darboten, neben Diarrhöen und allgemeiner Körperschwäche 2 Wochen später war die Haut des Mädchens mit kupferfarbenen Flecken bedeckt, auch zeigten sich Stellen von Pemphigusartiger Natur. Beide Kinder hatten Condylomata ad anum; die Ernährung besserte sich für einige Zeit. Das Mädchen starb bald; die Section wurde nicht gestattet. King vermuthete die Infectionsquelle bei den Eltern. Zu seiner Ueberraschung fand er bei dem Vater keinerlei Zeichen der Syphilis und auch die Mutter blieb bis zur Geburt der Zwillinge frei von Symptomen der Lues. Bald nachdem sie jedoch ihre Kinder zu stillen begonnen hatte, bekam sie ein indurirtes Geschwür an der Brust, das Redner als Schanker diagnosticirte, zugezogen von der Mundaffection der Säuglinge. Eine Roseola und andere unzweifelhafte Anzeichen von Lues folgten nach und bestätigten die Diagnose, Zeichen von hereditärer Lues bot die Mutter nicht dar. Ihre Mutter hatte verschiedene Aborte durchgemacht, welche in King den Verdacht erregten, dass sie, die Grossmutter der Zwillinge, syphilitisch gewesen wäre und dass es sich in diesem Falle um eine „hereditary syphilitic transmission through two generations“ gehandelt habe(!). (Nach Ansicht des Referenten kann es sich in diesem Falle nur um paterne, beziehungsweise spermatische Syphilisinfection der Kinder gehandelt haben. Vorausgesetzt, dass es eine Vererbung der Syphilis bis in die dritte Generation gibt, was bisher durch nichts bewiesen ist, so müsste die Vermittlerin der Lues in der zweiten Generation, in unserem Falle also die Mutter der Zwillinge, doch selbst syphilitisch — manifest oder latent — gewesen sein, da sie sonst das Syphilisgift nicht hätte weiter vererben können. War sie aber latent syphilitisch, so war sie immun gegen eine syphilitische Infection und konnte auf keine Weise, weder von ihren Kindern, noch von anderer Seite her, Syphilis acquiriren. Dass sie aber einen frischen Schanker mit consecutiven Symptomen der Lues erworben hat, beweist, dass sie bis dahin frei von Syphilis war, d. h. dass sie ihren Kindern weder eine ererbte noch erworbene Syphilis vererben konnte. King's Auffassung ist also sicherlich falsch. Wem aber verdanken die Kinder ihre vererbte Syphilis? Doch wohl nur dem Vater. Die Mutter ist bis zur Geburt der Kinder nicht syphilitisch gewesen. Beweis: Postpartale recente Infection der Mutter. Sie kann die Lues nicht übertragen haben. Es kann also nur das Sperma des Vaters gewesen sein. Der Umstand, dass King an dem Vater kein Zeichen von Diathese entdeckt hat, beweist nicht, dass derselbe wirklich syphilisfrei gewesen ist. Bekanntlich lässt sich latente Lues oft überhaupt nicht diagnosticiren. Ausserdem deckt die hereditäre Lues der Kinder hier in rücksichtslosester Weise die Anamnese des Vaters auf, oder die Kinder stammen gar nicht von dem Ehemanne der Frau. Es liegt ein Ehebruch vor und der fremde unbekannte Erzeuger ist syphilitisch gewesen. Der Fall ist aber noch in anderer Weise interessant. Er zeigt uns, was durch den Fall Ranke schon längst bewiesen ist, dass das Colle'sche Immunitätsgesetz der Mutter durchaus nicht immer, wenn auch in den meisten Fällen zutrifft. Eine gesunde Mutter hat in dem King'schen Falle syphilitische Kinder geboren und von diesen nach der Geburt Syphilis acquirirt.)

Ledermann.

An der Hand von 4 eigenen und 2 fremden Beobachtungen und des aus der Literatur zusammengestellten Materials beschreibt Sevestre (3) die Erscheinungen, welche die hereditäre Syphilis im Kehlkopf hervorruft. Er unterscheidet mit Mackenzie 3 Formen: die chronische superficielle (die gewöhnlichste), die tiefe ulceröse und die chronische interstitielle Laryngitis. Die anatomische Untersuchung, welche in einigen der Fälle des Verfassers

vorgenommen wurde, hat irgend etwas besonders Erwähnenswerthes nicht ergeben. Die Symptome sind naturgemäss — nach der Natur des Processes sehr wechselnde und die Diagnose — vor Allem auch wegen der Schwierigkeit der laryngoskopischen Untersuchung, welche allerdings Mackenzie und Schrötter sogar bei sechs- und achtmonatlichen Kindern gelungen ist — ausserordentlich schwierig. Das Wesentlichste ist die Veränderung der Stimme, welche von West und Zeissl mit dem Tone einer Kindertrompete verglichen worden ist; das häufige und ängstliche Husten, die unregelmässige, oft stertoröse Athmung, Anfälle von Dyspnöe, bis zur Orthopnoe — bei denen auch der Exitus eintreten kann — sind am häufigsten vorhanden. Mit besonderer Sorgfalt ist natürlich in jedem Falle auf andere Luessymptome zu achten, eventuell gibt der Erfolg der Therapie einen definitiven Aufschluss. Bezüglich der Häufigkeit dieser Fälle meint Sevestre, dass dieselbe weder so gross, wie Mackenzie behauptet, noch so gering, wie andere Autoren es dargestellt hatten, sei. Jadassohn.

Kirmisson (4) beschreibt einen Fall von hereditärer luetischer Erkrankung der rechten Tibia und des linken Knies bei einem 15jährigen jungen Menschen; trotz genauester Anamnese liessen sich weder bei ihm Symptome einer früheren Lues, noch bei den Eltern irgendwelche nachweisen. Die rechte Tibia war von vorn nach hinten eingebogen, mit der Convexität nach vorn, an den Seiten abgeflacht; im rechten Kniegelenk liess sich ein leichter Erguss nachweisen. — Die Wade selbst zeigte in der Nachbarschaft des Knies eine Anzahl von Knoten. Das linke Knie war in Folge eines sehr deutlich nachweisbaren Ergusses angeschwollen. Es bestand ausserdem starke Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Tuberositas externa tibiae dextrae; das linke Kniegelenk und die linke Tibia waren dagegen schmerzfrei. Galewsky.

Fournier (6) weist darauf hin, das Colles'sche Gesetz verdiene richtiger das „Gesetz von Baumés" zu heissen. Dieser hätte, der Erste, in unzweideutigen Ausdrücken ausgesprochen (Précis sur les maladies vénériennes 1840, S. 180): Die Mutter eines durch das Sperma des Vaters syphilitisch inficirten Kindes entgehe in der Regel, wenn sie das Kind säugt, der Infection, im Gegensatz zur Amme, die in der Regel inficirt werde. Finger.

Neu (7). Die historische Einleitung weist nach, wie schwer es halte, die Syphilis hereditaria tarda zur allgemeinen Anerkennung zu bringen. Mit Rücksicht auf die nur zuweilen beobachteten Zeichen pathognomonischen Werthes sei eben eine absolut sichere Diagnose zwischen hereditärer und acquirirter Syphilis mitunter unmöglich. Die einzelnen, zur Unterstützung in dieser Hinsicht verwerthbaren Symptome werden genauer geschildert, speciell die Hutchinson'sche Trias auf ihre wirkliche Bedeutung für die in Rede stehende Erkrankungsform zurückgeführt. Von den im Anschlusse hieran mitgetheilten Beobachtungen in der Bonner Klinik verdient besonderes Interesse ein 15jähriger Knabe, bei dem Doutrelepont vor $1/2$ Jahre die geschwollenen Lymphdrüsen der rechten Halsseite, als scrophulöse Veränderungen, exstirpirt hatte. Als man bald darauf diejenigen auf der anderen Seite entfernen wollte, fanden sich auf dem Kopfe multipel aufgetretene kleine Gummata, die an der richtigen Diagnose nicht länger zweifeln liessen. — Eine sofort eingeleitete specifische Cur, sowie 2 später zur Behandlung gekommene Schwestern bestätigten zum Ueberfluss, dass es sich um Syphilis hereditaria handelte. — Hinsichtlich der in extenso mitgetheilten übrigen Krankengeschichten verweisen wir auf das Original. Verfasser nimmt eine Syphilis hereditaria tarda im weiteren Sinne an. Bender.

Die Mutter des Kindes ist von Casella (9) an einem Primäraffect behandelt worden. 4 Graviditäten endeten trotz energischer Behandlung vor dem normalen Termin und alle Kinder starben an hereditärer Lues innerhalb der ersten 3 Lebensjahre. Bei den 3 ersten waren die Zeichen der Lues die üblichen, insbesondere die Coryza und die Syphiliden an Händen und Füssen. Das 4. Kind, obgleich auch am Ende des 8. Monats geboren, kam kräftiger zur Welt und bot während der ersten Woche keinerlei Abnormitäten dar, bis auf unbedeutenden Husten und Heiserkeit. Am 8. Lebenstage begann aus der Nabelwunde eine Absonderung von blutwasserähnlicher Flüssigkeit, welche durch keinerlei Eingriff zu stillen war; das Kind bekam ein gelbliches Colorit, und vom 10. Tage an traten am ganzen Körper Blutungen ins Unterhautgewebe auf. Die Petechien hatten verschiedene Form und Grösse, zeigten an den Unterextremitäten Neigung zu confluiren und bildeten auf dem Rücken eine grosse, dunkelrothe Ecchymose. Am 15. Tage entstand auf dem Gesäss ein blutendes Geschwür, und am 18. Tage ging das Kind an Erschöpfung zu Grunde. In einer kurzen Epikrise gibt Verfasser eine Uebersicht der verschiedenen Ansichten über Blutungen bei syphilitischen Neugeborenen und ist geneigt, sie auf Veränderungen der Gefässe zurückzuführen. Toeplitz.

Fournier (10) stellt einen 17jährigen Jüngling mit allen Zeichen hereditärer Syphilis vor. Derselbe ist kaum wie ein 12jähriger Knabe entwickelt, mit atrophischen Hoden, schwerhörig, zeigt alte Exostosen der Tibien, Abducensparese mit Erweiterung der Pupille des linken Auges. Die Intelligenz intact, die Zähne zeigen keine charakteristische Veränderung. Am Gaumenbogen alte Narben. Der Knabe wurde von seiner Mutter, die ihrerseits von einem Pflegekind inficirt wurde, als Säugling inficirt, machte im Alter von 3 Jahren eine schwere Ophthalmie, mit 7 Jahren Periostitis der Tibien durch, wurde als scrophulös behandelt. Mit 11 Jahren litt er an heftigen Cephalalgien, Erbrechen, linksseitiger totaler Hemiplegie mit Strabismus und Facialisparalyse rechts. Jodkali brachte Besserung, Heilung trat erst zwei Jahre später auf mercurielle Behandlung ein. Gegenwärtig klagt Patient über Knochenschmerzen in den Tibien. Finger.

Siemerling (12). Bei einem hereditär-syphilitischen Mädchen trat im 4. Lebensjahre apoplektiforme Lähmung der rechten Körperhälfte und Sprachverlust ein. Rückbildung dieser Erscheinungen im Laufe der nächsten 8 Wochen. Im 6. Lebensjahre Abnahme der Sehkraft, welche allmälig in den nächsten 5 Jahren zu völliger Erblindung führte. Im Alter von 11 Jahren litt Patientin an häufigem Erbrechen, anhaltenden Kopfschmerzen und Schwindel. Drei Monate darauf epileptiforme Krampfanfälle mit Bewusstlosigkeit. Schwerhörigkeit. Tod nach etwa 1 Jahr in unmittelbarem Anschluss an zwei aufeinander folgende Anfälle. Die Section ergab eine hochgradige gummöse Neubildung der Hirn- und Rückenmarkshäute, welche vorzugsweise den Hirnstamm, das Kleinhirn und die austretenden Hirnnerven in Mitleidenschaft gezogen hatte. Die Geschwulst erwies sich mikroskopisch als syphilitisches Granulationsgewebe, welches von der Pia mater des Hirns und Rückenmarks aus verschieden weit auf die austretenden Nerven und die weisse Substanz des Rückenmarks, speciell die Hinterstränge übergriff und daselbst die Nervenfasern zum Schwund gebracht hatte. Die Gefässe zeigten die für Syphilis charakteristischen Veränderungen ihrer Wand. Die Thatsache, dass die congenitale Syphilis des Rückenmarks stets von einer gleichen Erkrankung des Hirns begleitet ist, scheint Verfasser für die von Jürgens vertretene Ansicht zu sprechen, dass die congenitale

Rückenmarkssyphilis als ein vom Hirn auf dem Lymphwege fortgeleiteter Process aufzufassen sei.

Bierfreund (13). Beide Eltern 4, respective 3 Jahre vor Geburt der Patientin luetisch inficirt. 2 Aborte — der 3. Schwangerschaft entstammt Patientin, welche im Alter von 4 Wochen an mehrmals recidivirendem luetischen Ausschlag litt. Im Alter von $2^1/_2$ Jahren rasch vorübergehende Lähmung der linken Gesichtshälfte und der linksseitigen Extremitäten. September 1887 erneute Lähmung mit Bewusstlosigkeit, Sprachverlust und Erbrechen. Im weiteren Verlaufe öfters Krämpfe, Contractur des linken Armes, in geringerem Masse auch der unteren Extremitäten. Tod nach 2 Monaten an Diphtheritis. Sectionsbefund: Mässige Verdickung der Arterien an der Hirnbasis — Erweichungsherde der Rinden- und Marksubstanz des linken Scheitellappens — diffuse sklerotische Verhärtung und Schrumpfung der rechten Grosshirnrinde — chronisch-entzündliche Verdickung der Hirnhäute — Rückenmark von auffallend fester Consistenz aber normaler Zeichnung. Mikroskopisch bieten die Arterien der Hirnbasis das für syphilitische Affectionen charakteristische Bild der Endarteriitis obliterans, vergesellschaftet mit granulirender oder fibröser Peri- und Mesarteriitis, dar. Das stete Vorhandensein der letzteren, selbst bei geringfügigen Veränderungen der Intima, scheint Verfasser für die Auffassung Baumgarten's (gegenüber Heubner und Langhans) zu sprechen, dass die syphilitische Cerebral-Arteriitis stets ihren Ausgangspunkt von den Aussenhäuten nimmt. Die Veränderungen in den Hirnhemisphären erweisen sich links als frischere, rechts als ältere Stadien einer chronisch-entzündlichen Erweichung der grauen und weissen Hirnsubstanz, mit theilweiser secundärer Neurogliawucherung und Ausgang in Sklerose. Im Rückenmark beginnende secundäre Degeneration der Pyramidenstränge. Bei der grossen Aehnlichkeit der klinischen Symptome vorliegenden Falles mit denen der cerebralen Kinderlähmung (Polioencephalitis acuta infantilis) hebt Verfasser hervor, dass die hereditäre Syphilis möglicher Weise eine Rolle in der Aetiologie dieser Krankheit spielt. Bfd.

Nach Desmartin (14) finden sich Difformitäten und Erosionen der Zähne bei hereditärer Syphilis wesentlich verschieden nach ihrem Alter. Während gewöhnlich die Milchzähne intact erscheinen, treten die specifischen Veränderungen bei der 2. Dentition auf. Die Difformitäten bestehen in Makrodontie und Convergenz der oberen Schneidezähne; in Zwergbildung der seitlichen oberen Schneidezähne, in Cannelirungen. In der Regel finden sich je 3 bei den oberen mittleren und den 4 unteren mittleren. Der freie Rand der betroffenen Zähne ist, anstatt glatt zu sein, dreizackig; ausserdem zeigt die Form der betreffenden Zähne nicht den Typus, welcher ihrer Localisation entspricht. An den erkrankten Zähnen treten Erosionen auf, welche in Folge von Traumen beim Kauen etc. sich rasch vergrössern und die Hutchinson'sche Zahnform allmälig bei den oberen mittleren Zähnen entstehen lassen, während die unteren Schneidezähne sich abschleifen. Später bleiben von den erkrankten Zähnen nur Stümpfe übrig. Galewsky.

Therapie der Syphilis.

1. **Neisser.** Ueber die verschiedenen mercuriellen Methoden der Syphilistherapie. — Erfahrungen aus der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis in Breslau. — Klinisches Jahrbuch I., 1889.
2. **Jumont.** Sur le traitement actuel de la syphilis. — La France med. Nr. 62, 1889.

3. **Bulkley** L. D. The indications for the duration of the treatment of syphilis. — Americ. Med. Assoc. Section on derm. and syph. Second day 26. Juni. The Med. Record, 29. Juni 1889.

4. **Rampoldi.** Calomelinjectionen bei Augenkrankheiten. — Ann. di oftalm. fasc. 3, 1888.

5. **Rusanoff.** Hypodermatische Calomelinjectionen bei Syphilis. — Journ. of the Americ. Med. Assoc. 1888.

6. **Gerson** Carl. Ueber Calomelinjectionen bei Syphilis. — Inaug.-Dissertation, Bonn 1888.

7. **Güntz** S. E. Ueber subcutane Injectionen mit Bicyanetum hydrargyri bei syphilitischen Erkrankungen. — Wiener med. Presse 1888.

8. **Ruland** Jacob. Ueber Oleum cinereum (Lang'sches Oel), seine Anwendung und Wirkung bei Syphilis — Inaug.-Dissertation, Bonn 1888.

9. **Schreus** Theodor. Die Behandlung der Syphilis mit Hydrargyrum salicylicum. — Inaug.-Dissertation, Bonn 1889.

10. **Jakowlew.** Das Decoctum Zittmannii als Hg-Präparat bei Syphilis. — III. Congress russischer Aerzte zu St. Petersburg, Jänner 1889.

11. **Levi** Julius. Ueber den Nachweis der Ausscheidung des Quecksilbers aus dem Organismus durch den Harn (mit besonderer Berücksichtigung der elektrolytischen Methode nach Wolff und des Hydrarg. salicyl.). — Inaug.-Dissertation, Bonn 1889.

12. **Gallwey.** Locale Application des Calomel bei Phagedänie. — Brit. Med. Journ. 31. März 1888.

13. **Fournier.** Action de l'iodure de potassium sur l'organisme, indications et contre-indications. — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 21.

14. **Masucci.** Bismuthum subjodicum zur localen Behandlung der Syphilis. — Rassegna crit. internaz. delle mal. del naso etc. Ref. Wiener med. Wochenschr. 1889, Nr. 26.

15. **Dymnicki.** Ueber Chinintherapie in einigen schweren Fällen von Syphilis. — Gazeta Lekarska 1889, Nr. 19.

16. **Peroni.** L'ittiolo succedaneo del mercurio nella cura della sifilide. — Giorn. della R. Accad. di Med. di Torino. Gennaio 1889. Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, I.

17. Bismuthcitrate in Syphilis. — Correspondence from Paris. The therap. Gaz. 15. Juni 1889.

18. **Krówczynski** Z (Lemberg). Was für eine Behandlungsweise der Syphilis liefert die besten Resultate? Przeglad Lekarski 1889.

19. **Imperatori** e **Falleroni.** Contribuz. clinico alla cura abortive della sifilide. — Gazz. degli ospitali, 1889 Nr. 65—67.

20. **Hallopeau.** Des antiseptiques propres à combattre les accidents locaux de la syphilis. — Congr. intern. de thérap. et de matière méd. 1.—4. August 1889. La semaine méd. 1889, Nr. 32.

21. **Ehrmann** S. Weitere Bemerkungen zur localen Syphilisbehandlung. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1889, 7.

22. **Semmola.** De la chromocytométrie appliquée à l'indication du traitement mercuriel et de la médication altérante. — Congr. internat. de thérap. et de matière méd. 1.—4. August 1889. La semaine méd. 1889. Nr. 32.

23. **Fournier.** Mode d'emploi des frictions mercurielles et opportunité de ce traitement chez les enfants nés de parents syphilitiques. — Journ. de méd. et de chir. prat. Januar 1889.

24. **Brémond.** Traitement de la syphilis par l'absorption cutanée des médicaments. — La semaine méd. 1889. Nr. 34.

25. **Oestreicher.** Die Behandlung der Syphilis mit grossen Sublimatdosen. — Derm. Verein. zu Berlin. 5. Juli 1889.
26. **Nieto** Simony. Ueber die Behandlung der Syphilis durch subcutane Methode. — El siglo med. 1830—1889.
27. **Celestre** Ippolito. Sulle injezioni di albuminato di mercurio. — Gazz. degli ospitali 1889, Nr. 52.
28. **Clarke-Michell** J. Treatment of Syphilis by hypodermic injections. — The Bristol med.-chir. Journ. Juni 1889.
29. **Fischer.** Behandlung der Syphilis mittelst intramusculärer Injectionen von Hydrargyrum salicylicum. — Inaug.-Dissertation Würzburg 1889.
30. **Soukoff.** Injectionen von rothem Hg-Sulfid bei Syphilis. Nouveaux remèdes, 8. Juni 1889.
31. **Illingworth.** The biniodide of mercury. — The Prov. Med. Journ., August 1889.
32. **Mandry** G. Die Behandlung der Syphilis mittelst Injectionen von Oleum cinereum. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 35.
33. **Lukasiewicz.** Intoxication durch subcutane Injection von Oleum cinereum., Wiener klin. Wochenschr. 1889. Nr. 29.
34. **Lépine** R. De la diurèse et des lésions rénales hydrargyriques. — La semaine méd., 26. Juni 1889.
35. **Ludwig.** Ueber Localisation des Quecksilbers nach Sublimatvergiftungen. — Vortrag in der chemisch-physikalischen Gesellschaft zu Wien, 1888.
36. **Földessy.** Ein Fall von Sublimatverätzung der Conjunctiva und consecutiver Intoxication. — Wiener med. Wochenschr. 1889, Nr. 27.
37. **Cohn** M. Ueber die Wirkung des Calomel bei gleichzeitiger Anwendung einiger substituirter Jodpräparate. — Inaug.-Dissertation, Berlin 1888.
38. **Ehlers.** Ausscheidung des Jodkaliums nach grossen Dosen. — Hospitalstidende 1889, Nr. 1.
39. **Tommasoli** Ittiolo e sifilide (Lettere da Amburgo). — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1889, 2.
40. **Renzi.** Behandlung der Stomatitis mercurialis und scorbutica mit Sublimat. — Il Morgagni, Februar 1889.
41. **Suchannek.** Ueber die therapeutische Verwendbarkeit der Sozojodolpräparate. — Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte, September 1889.
42. **Schweinitz** and **Athee.** Antipyrin in headpains associated with eye affections in syphilitic subjects. — Univ. Med. Mag., Philadelphia 1888, 2.

Neisser (1) bespricht auf Grund der allgemeinen Anschauungen welche er seit Jahren vertritt, die Erfahrungen, welche auf der Breslauer Klinik mit den verschiedenen Methoden der Hg-Einreibung gemacht worden sind; den Standpunkt, von dem aus die Luestherapie vorzugehen hat, präcisirt er in aller Kürze in folgenden Sätzen: „Wir behandeln 1. jeden Kranken und zwar ohne Rücksicht darauf, ob seine Krankheit sich in Symptomen äussert oder latent ist; 2. mehrere Jahre hindurch, durchschnittlich 4 Jahre; 3. in vielen einzelnen, durch längere Pausen getrennte Curen (um jede Möglichkeit einer chronischen Hg-Intoxication abzuwehren und um dem Medicament der Syphilis gegenüber stets die volle, nicht durch Gewöhnung geschwächte Kraft zu erhalten); 4. die Curen sind (nicht wie bei Fournier gleichmässig milde) abwechselnd energische und milde. Namentlich die allererste Cur soll sehr energisch sein, ebenso in den späteren Jahren mindestens eine; 5. die Allgemeinbehandlung beginnt erst, sobald die Diagnose über jeden Zweifel erhaben ist. (In der Streitfrage: ob vor oder nach den Allgemeinerscheinungen am besten zu beginnen sei, will ich noch nicht fest Partei neh-

men.)“ Die wesentlichste Frage ist, wenn diese Anschauungen acceptirt sind, dann naturgemäss die: Welches ist die geeignetste Methode der Hg-Application? Folgende Bedingungen müssen erfüllt sein, damit eine Methode „geeignet“ erscheint: „1. Die Methoden sollen je nach unseren therapeutischen Absichten eine Auswahl zwischen energischen und milden Curen gestatten. Eine Cur ist um so milder, je geringer sowohl die absolute verwendete Quantität, als die gleichzeitig zur Wirkung gelangende Hg-Menge ist. — Auch die Schnelligkeit, mit der das Hg die Säftemasse wiederum verlässt, wird in Betracht zu ziehen sein; 2. die Methoden sollen möglichst genaue Dosirung gestatten; 3. die Einverleibung des Hg soll in absolut sicherer, von äusseren Umständen unabhängiger Weise und doch möglichst bequem für den Kranken, stattfinden; 4. sie soll frei von vorübergehenden oder bleibenden schädigenden Nebenwirkungen sein.“

Die praktisch zunächst wichtigste Frage: Welche Methode der Hg-Application ist für den einzelnen Fall, für das einzelne Stadium zu wählen, hat Neisser an der Hand des klinischen und poliklinischen Materials (von 1878—1888, 3638 Kranke) soweit zu lösen versucht, als überhaupt die statistische Methode zur Entscheidung solcher Fragen vorderhand — bei einem an Zahl noch immer nicht genügendem, mannigfach wechselndem Material — geeignet ist.

Wir lassen die statistischen Angaben hier in extenso folgen:

„Die 3638 Kranken wurden 4779mal aufgenommen und antisyphilitisch behandelt. [Im Ganzen wurden behandelt in der Klinik 13.006 Personen (6557 Männer und 6449 Weiber), in der Poliklinik 24.896 Personen.]

A. In der Klinik wurden behandelt:

	864	Männer	944mal
	1291	Weiber	1808 „
	63	Kinder	69 „
Summa	2218	Kranke	2818mal

B. In der Poliklinik wurden behandelt:

1. rein poliklinisch

	777	Männer	906mal
	469	Weiber	537 „
	179	Kinder	188 „
Summa	1420	Kranke	1631mal;

ausserdem

2. von den ad A. bereits mitgezählten 2218 Patienten der Klinik:

	146	Männer	178mal
	111	Weiber	143 „
	9	Kinder	9 „
Summa	266	Kranke	330mal

also 3638 verschiedene Kranke 4779mal.

Von diesen 3638 Kranken machten 3310 und zwar 3923mal eine mercurielle Allgemeinbehandlung durch; 328 wurden nur local behandelt. 1279mal fand eine energische Jodbehandlung (neben oder ohne Hg-Therapie) statt.

Die Hg-Behandlungen zerfallen in

1. Cutane.	a) Schmiercuren	1860 mal
	b) Einwickelungen	59 „
2. Interne.	a) Calomel	130 „
	b) Hg. oxydulat. tannic.	153 „
	c) Sublimat	69 „
	d) Thymol- resp. Salicyl-Hg.	38 „
	e) Hg. jodat. flav.	51 „
3. Injectionen	a) lösliche Salze	414 „
	b) unlösliche	
	Calomel-Wasser	363 „
	Calomel-Oel	331 „
	Hg. oxyd. flav.	48 „
	Hg. salicylic.	126 „
	Hg. thymolic.	127 „
	c) metallisches Hg	
	Ol. ciner.	154 „
	Summa	3923 mal.

Tabelle I enthält den Durchschnittsaufenthalt bei Injectionen unlöslicher und löslicher Salze, wobei bezüglich der letzteren — wegen der wechselnden Dosirung 0·1—0·2 — eine Umrechnung („berechneter Aufenthalt") vorgenommen werden musste.

Tabelle I. (Methode der Injection.)

Angewendete Hg-Menge der ganzen Cur	1. Calomel		2. Salicyl- oder Thymol-Hg		3. Lösliche Salze			
	Menge des verwendeten Hg-Salzes	(Thatsächlicher) Durchschnittsaufenthalt	Menge des verwendeten Hg-Salzes	(Thatsächlicher) Durchschnittsaufenthalt	Menge des verwendeten Hg-Salzes	(Thatsächlicher) Durchschnittsaufenthalt	berechneter Aufenthalt bei täglichen Dosen von 0·01	0·02
		Tage		Tage		Tage	Tage	Tage
0·2					0·25	*24·98*	25	13
0·23			0·4	*20·21*				
0·255	0·3	*18·9*						
0·28					0·35	*25·4*	35	18
0·29			0·5	*24·62*				
0·34	0·4	*24*						
0·348			0·6	*31·1*				
0·36					0·45	*25·9*	45	23
0·406			0·7	*28·4*				
0·425	0·5	*24·8*						
0·44					0·55	*26·37*	55	28
0·464			0·8	*31·1*				
0·52	0·6	*26·79*	0·9 (1)	22 (1)	0·65	*33·0*	65	34
0·595	0·7 (1)	17·0 (1)						
0·6					0·75	*36·0*	75	38
0·68	0·8	*32·0*						

Die Jod-Behandlungen betreffen ausser den mit Jodalkalien behandelten Kranken 56 Fälle: Jodoformpillen, 41 Fälle; Jodoforminjectionen (in ätherischer Lösung, besser in Oel-Suspension), 54 Fälle; Jodol innerlich 0·5 bis 2·0 in Pulverform. Mit Argentum-Injectionen wurden behandelt 33 Kranke, mit Thallin innerlich 15 Kranke.

Auf Grund dieses Materials werden nun die einzelnen Curen besprochen: die Vor- und Nachtheile der Schmier- und der Injectionsbehandlung werden discutirt, dabei die Wirkung der Schwefel-, der Sublimatbäder, der Pflastereinwickelungen (bei Kindern vielfach geübt) erwähnt und schliesslich die noch immer auf der Tagesordnung stehende Frage bezüglich der Injectionen ungelöster Hg-Präparate am ausführlichsten erörtert. Den Lesern dieses Archivs sind Neisser's Anschauungen über diesen Punkt aus den der Breslauer Klinik entstammenden Arbeiten (Kopp und Chotzen, Harttung, Jadassohn und Zeising) zur Genüge bekannt. Wir reproduciren daher an dieser Stelle nur die Resultate, welche eine statistische

Tabelle II.

	2·0 Unguentum	3·0 Unguentum	4·0 Unguentum	Ohne Rücksicht auf die Dosis von 1·0—4·0
15—19 Einreibg.	14 Pers. mit 290 Tag., *Durchschnittsaufenthalt* *20·7* Tage	145 Pers. mit 3317 Tag., *Durchschnittsaufenthalt* *22·8* Tage	8 Pers. mit 194 Tag., *Durchschnittsaufenthalt* *24·25* Tage	15—19 Einreibg., 167 Pers. mit 3801 Tagen. *Durchschnittsaufenthalt 22·75* Tag.
20—24 Einreibg.	27 Pers. mit 820 Tag., *Durchschnittsaufenthalt* *30·37* Tage	240 Pers. mit 6651 Tag., *Durchschnittsaufenthalt* *27·7* Tage	12 Pers. mit 361 Tag., *Durchschnittsaufenthalt* *30·0* Tage	20—24 Einreibg., 291 Pers. mit 7479 Tagen, *Durchschnittsaufenthalt 25·7* Tage
25—29 Einreibg.	8 Pers. mit 229 Tag., *Durchschnittsaufenthalt* 28·6 Tage	173 Pers. mit 5583 Tag., *Durchschnittsaufenthalt* 32·2 Tage	4 Pers. mit 175 Tag., *Durchschnittsaufenthalt* 43·75 Tage	25—29 Einreibg., 192 Pers. mit 6042 Tagen, *Durchschnittsaufenthalt 31·4* Tage
30—34 Einreibg.	34 Pers. mit 1289 Tag., *Durchschnittsaufenthalt* 37·9 Tage	268 Pers. mit 10310 Tagen, *Durchschnittsaufenthalt* 38·4 Tage	7 Pers. mit 304 Tag., *Durchschnittsaufenthalt* 43·4 Tage	30—34 Einreibg. und mehr, 329 Pers. mit 12193 Tagen, *Durchschnittsaufenthalt 37* Tage
35—39 Einreibg.		10 Pers. mit 430 Tag., *Durchschnittsaufenthalt* 43·0 Tage		
40—44 u.mehr Einreibg.	3 Pers. mit 135 Tag., *Durchschnittsaufenthalt* 45·0 Tage	12 Pers. mit 791 Tag., *Durchschnittsaufenthalt* 65·9 Tage		

Zusammenstellung der einzelnen Methoden vor Allem für die Dauer des zur Behandlung nothwendigen Hospitalaufenthaltes ergeben hat.

Die Tabelle II stellt die bei den Schmiercuren notirten Aufenthaltszeiten dar:

Die Tabelle III enthält den durchschnittlichen Aufenthalt aller Patienten, die mit mindestens 25 Einreibungen oder — als diesen etwa gleichstehend — mit 25 Sublimatinjectionen à 0·01 oder mit 4 Calomelinjectionen à 0·1 oder mit 5 Salicyl- oder Thymol-Hg-Injectionen à 0·1 behandelt worden sind:

Tabelle III.

Männer.

A. Schmiercur:	124 Personen mit 4174 Tagen *Durchschnittsaufenthalt 33·6* Tage.
B. Lösliche Hg-Salze:	31 Personen mit 822 Tagen *Durchschnittsaufenthalt 26·5* Tage.
C. Unlösliche Hg-Salze:	88 Personen mit 1852 Tagen *Durchschnittsaufenthalt 22·1* Tage.

Weiber.

A. Schmiercur:	339 Personen mit 12362 Tagen Aufenthalt *Durchschnittsaufenthalt 36·5* Tage.
B. Lösliche Hg-Salze:	72 Personen mit 2112 Tagen Aufenthalt *Durchschnittsaufenthalt 29·33* Tage.
C. Unlösliche Hg-Salze:	256 Personen mit 6115 Tagen Aufenthalt *Durchschnittsaufenthalt 23·8* Tage.

Männer und Weiber:

A. Schmiercur:	463 Personen mit 16539 Tagen Aufenthalt *Durchschnittsaufenthalt 35·1* Tage.
B. Lösliche Hg-Salze:	103 Personen mit 2934 Tagen Aufenthalt *Durchschnittsaufenthalt 28·48* Tage.
C. Unlösliche Hg-Salze:	344 Personen mit 7967 Tagen Aufenthalt *Durchschnittsaufenthalt 22·9* Tage.

Diese Tabelle ergibt nun in der That das ganz eindeutige Resultat, „dass die Aufenthaltszeit bei den Einspritzungen unlöslicher Salze eine kürzere ist, als bei den Schmiercuren und bei den Einspritzungen löslicher Salze".

Die Frage, ob man nicht die löslichen Salze in gesteigerter Dosis verwenden und damit die Injectionen unlöslicher Salze ersetzen könne, hat Neisser damit zu lösen versucht, dass er von Formamid und Cyan.-Hg Einzeleinspritzungen von 0·02 bis 0·03 appliciren liess — er hält aber auf Grund der vorliegenden Erfahrungen diese Methode doch für nicht unbedenklich genug; dagegen sind in Breslau wirklich gefährliche Wirkungen der Injectionen unlöslicher Präparate trotz des reichlichen Materials nicht beobachtet worden. — Für die milden Curen verwendet Neisser in erster Linie das graue Oel (und zwar Ol. ciner. benzoatum cf. Vierteljahresschr. 1888), von dessen intensiver Wirkung er sich im Gegensatze zu Lang und Doutrelepont nicht überzeugen konnte; von der internen Behandlung verspricht er sich geringere Erfolge, obwohl auch sie für manche Fälle kaum zu entbehren ist. Die Vielseitigkeit, welche die mercurielle Syphilistherapie durch die modernen Methoden erlangt hat, ist als ein wesentlicher Vortheil anzusehen, da sie ein reichlicheres Individualisiren gestattet. In dieser Beziehung stellt Neisser zusammenfassend folgende Indicationen auf: I. Die verschiedenen Stadien erfordern verschiedene Methoden. Be-

sonders energisch soll die erste Cur sein, ferner machen wir während des durch seine Infectiosität ausgezeichneten Frühstadiums häufiger (je zweimal in den ersten zwei Krankheitsjahren) energische Curen, als später. In der Spätperiode verordnen wir nur bei einem nach längerer Pause auftretenden Recidiv — neben der Jodbehandlung — eine energische Hg-Cur. II. Die verschiedenen Syphilisformen erfordern verschiedene Methoden: 1. Recidivformen, deren gefahrbringende Localisation (Iris, Nerven, Nervencentra u. s. w.) schnelle Beseitigung erfordert, oder solche, die sich durch grössere Hartnäckigkeit auszeichnen (derb-papulöse Exantheme) behandeln wir mit energischen Curen (am besten mit „unlöslichen" Injectionen). 2. Häufige leichte Recidive (Plaques etc.) werden am besten mit löslichen Hg-Salz-Injectionen behandelt. III. Chronische milde Mercurialisirung während symptomfreier Perioden erzielen wir am besten durch Injectionen von grauem Oel. IV. Mit Rücksicht auf die in verschiedenen Drüsen stattfindende Virus-Localisation wird in jedem einzelnen Krankheitsfalle eine regionäre (mit Recht von Köbner urgirte) Behandlung dieser einzelnen Drüsengruppen stattfinden müssen; daher neben den Injectionen auch cutane (besonders den Drüsenpaketen entsprechende) und interne Application. V. Mit Bezug auf die Vererbungsfähigkeit werden wir vor der Zeugung Vater und Mutter energisch zu behandeln haben, so lange die Gefahr einer hereditären Uebertragung besteht. — Während der Gravidität wird eine langdauernde, milde Mercurialisirung am besten mit Ol. ciner.-Injectionen am Platze sein. Jadassohn.

Die Arbeit von Jumont (2) bildet einen Ueberblick über den heutigen Stand der Syphilistherapie. Eine Ansicht von White hervorhebend, hält es der Verfasser für ungerechtfertigt, die Hg-Behandlung vor dem Ausbruch der Allgemeinerscheinungen einzuleiten. Die Excision oder Cauterisation des harten Schankers empfiehlt er sehr, da trotz der bisher wenig günstigen Resultate die Inconvenienzen dieser Behandlung reichlich durch einen etwaigen Erfolg aufgewogen würden. Salsatto habe aus seinen Erfolgen den Schluss gezogen, dass man durch Excision am 5. oder 6. Tage nach dem Erscheinen des harten Geschwürs die Allgemeininfection verhindern könne. Thiéry mit seinen weniger günstigen Resultaten empfiehlt die Excision jeder Erosion nach einem zweifelhaften Coitus auch bei Fehlen jeglicher Induration. Weiter werden die Anschauungen von Bromson und Hutchinson erwähnt, welche Julien und Diday in ihren Ansichten, dass durch die frühzeitige Behandlung die Allgemeininfection verzögert und schwerer würde, bekämpfen. Bromson stimmt zwar dem Vorschlage Diday's bei, dass man es versuchen könne, einen frisch inficirten Syphilitiker mit dem Blute einer durch Conception syphilitisch gewordenen Frau zu impfen zur Abschwächung des Virus, er hält aber eine locale, mercurielle Behandlung für das Geeigneteste zur Unterdrückung der Allgemeininfection. Dann gibt er noch kurz einige Ansichten von Lang aus Wien über diesen Punkt wieder. Hierauf folgt eine kurze Uebersicht verschiedener Hg-Präparate, ihrer Zusammensetzung und Anwendungsweise. So des Lang'schen grauen Oels, wie dasselbe von Neisser modificirt worden ist. Ferner bespricht er kurz die mit demselben in der Neisser'schen Klinik erzielten günstigen Erfolge, um am Schlusse noch eines von Güntz in Dresden in die Syphilistherapie eingeführten Quecksilberpräparates zu erwähnen. Hilgenstock.

Bulkley (3) stellt folgende Fragen zur Discussion: 1. Wie früh soll man die Behandlung der Syphilis beginnen? 2. Soll man warten, bis eine sichere Diagnose gestellt werden kann? 3. Wie lange soll man die Behandlung fortsetzen? 4. Wie bald nachher kann man dem Kranken das Heiraten gestatten? 5. Wenn die Krankheit voll entwickelt ist, soll man die Behand-

lung länger fortsetzen, als Symptome vorhanden sind? Eventuell wie viel länger? Die Discussion eröffnet Ephraim Cutter durch eine Mittheilung, die sein Sohn über die „Positive Diagnose der Syphilis" verliest. Die Diagnose „Lues" ist nach Cupper sen. und jun. sicher, wenn „crypta syphilitica", ovale, kupferfarbene Sporen mit besonderen Bewegungen im Blute gefunden werden. Seiler hält diese Sporen einfach für zerbrochene Blutkörperchen, denen er keinerlei beweisende Kraft für die Diagnose Syphilis beimisst. Seiner Ansicht schliessen sich Brush, Matthewson und Andere an. Mit Bezug auf die Behandlung der Gummata sagt Seiler, dass man dieselbe lange nach dem Verschwinden der Läsionen fortsetzen müsse. Corlett empfiehlt mit der Behandlung erst zu beginnen, wenn die Diagnose „Lues" feststeht. In einigen Fällen, in denen er den Schanker zerstörte, schien ihm der Verlauf der Krankheit ein schwererer zu sein. Mercur ist nach seiner Ansicht das einzige wirksame Mittel gegen Syphilis. Garlok hat gefunden, dass die Schmiercur manchmal das Erscheinen von Secundärsymptomen verhindert. Fleischner beobachtete einige Fälle von Syphilis, die sich durch einen sehr milden Verlauf auszeichneten. Er widerräth daher dieselbe heroische Cur auf alle auszudehnen und fordert auf, bei der Behandlung mehr zu individualisiren. Chairman hat zuweilen die Ehe schon ein Jahr nach der Contraction der Syphilis erlaubt, wenn in den letzten 6—8 Monaten alle Erscheinungen fehlten, ohne dass die Frauen angesteckt wurden. Ledermann.

Rampoldi (4) bestimmte in 8 Fällen nach Calomelinjectionen mittelst Elektrolyse die Hg-Ausscheidung im Kammerwasser. Hg liess sich 48 Stunden bis 15 Tage nach der Injection nachweisen; in einzelnen Fällen war der Zeitraum, in welchem sich Quecksilber nachweisen liess, auf 6 Tage beschränkt.

Rusanoff (5) empfiehlt die Calomelinjectionen wegen ihrer Bequemlichkeit und energischen Wirkungen auch zur Differentialdiagnose, da schon nach einer Injection deutliche Wirkung eintritt.

Gerson (6). Recht ausführlich wird die Geschichte der Calomelinjectionen bei der Therapie der Syphilis überhaupt, ihre Wandlung und Modificationen im Besonderen hinsichtlich der Anwendungsweise zunächst besprochen. — Die von vielen anderen Seiten mitgetheilten glänzenden Erfolge werden in Ergänzung der vom Referenten schon früher (dieses Archiv 1888, pag. 55 ff.) aus der Bonner Klinik mitgetheilten guten Resultate ausführlicher bestätigt. Hier genügt es, das Résumé des Verfassers anzuführen: „Nach Calomelölinjectionen wurden keine Abscesse beobachtet; in 9 Fällen trat Stomatitis auf, von denen 4 erwiesener Massen durch die Patienten selbst verschuldet, die übrigen 5 aber ganz leichter Art waren; von drei Infiltraten war das grösste ebenfalls auf Rechnung des Patienten zu setzen, während die beiden anderen von keiner Bedeutung waren." Angesichts solcher Erfolge hält Gerson gewiss mit Recht eine besondere Empfehlung der Calomelölinjectionen für überflüssig, zumal sie vor der Schmiercur den Vorzug der grösseren Bequemlichkeit und Sauberkeit bei gleich zuverlässiger Wirkung besitzen. Max Bender.

Güntz (7) empfiehlt zu Injectionen Bicyanet. hydrargyri 1·0, Aqua destill. 100·0, Divide in part. aequ. Nr. IV, D. in vitris bene clausis, 5·1 Gr. (= 0·01 Bicy. hydr.) subcutan einzuspritzen. Aus jeder Flasche ist nur höchstens 2—3 Tage zu injiciren, da die Flüssigkeit 24—28 Stunden nach Oeffnen der Flasche zersetzt ist.

Ruland (8). Die Einleitung gibt die Geschichte der bei Syphilis gebrauchten Injectionsmittel überhaupt wieder; neu ist die in der Bonner

Klinik später beliebte Modification in der Anwendungsweise des Lang'schen Oeles (über die frühere Gebrauchsweise cf. des Referenten Mittheilung in diesem Archiv 1888, pag. 55 ff.). Bei 28 Patienten — 14 Männer, 14 Weiber — wurden 180 Injectionen gemacht; wie sich dieselben der Zahl nach auf die einzelnen vertheilten, ist im Original zu ersehen. Seitdem das Mittel intramusculär injicirt wurde, sah man keine Infiltrate mehr. Für die beobachteten Alterationen des Allgemeinbefindens wird mit Recht nicht das Präparat, sondern schwächliche Constitution, Prädisposition und andere Complicationen verantwortlich gemacht. So kann auch dieser hier gezogenen Schlussfolgerung, wonach das Oleum cinereum als ein antiluetisches Injectionspräparat betrachtet wird, welches bei sehr geringer Schmerzhaftigkeit, bei sehr geringen örtlichen und allgemeinen Reactionserscheinungen, bei grosser Bequemlichkeit der Application schnell und prompt die syphilitischen Symptome zum Schwinden bringt, nur vollkommen beigepflichtet werden.

Max Bender.

Schreus (9). Auf Grund der in der Literatur mitgetheilten günstigen Erfahrungen über die Wirkungen des salicylsauren Quecksilbers liess Doutrelepont dasselbe in Form intramusculärer Injectionen an einer Reihe von Syphilitischen erproben. Ursprünglich in Form der zehnprocentigen Oelsuspension angewandt, ging man später in Folge der aus der Breslauer Klinik berichteten Versuche (cf. dieses Archiv 1888, pag. 781 ff.) zur Paraffinsuspension über. — Die damit erzielten Erfolge fielen, mit Ausnahme eines Falles, wo die ursprünglichen Symptome zwar nach 2 Injectionen beseitigt waren, aber nach weiteren 8 Tagen sich ein universelles Exanthema maculopapulosum einstellte, das selbst nach noch 3 Injectionen nicht schwand, zur völligen Zufriedenheit aus. Nach 4 Injectionen in minimo, nach 10 in maximo war die Heilung beendet. Die Behandlungsdauer schwankte zwischen 28 und 70 Tagen. An 31 Personen wurden 161 Einspritzungen (à 0·1) gemacht, ohne dass Infiltrate oder Abscesse beobachtet wurden. Inwieweit der Verfasser Recht hat, dass das salicylsaure Hg vor allen anderen Injectionspräparaten die vorzügliche Eigenschaft, verhältnissmässig schmerzlos zu sein, besitzt, mag mit Rücksicht auf die von Doutrelepont selbst wiederholt betonte individuelle Disposition unentschieden bleiben.

Max Bender.

Jakowlew (10) fand bei nach demselben Recepte in verschiedenen Apotheken hergestellten Decoctum Zittmanni den Hg-Gehalt sehr schwankend; jedoch bestand zwischen Decoctum fortius und mitius kein besonderer Unterschied. Das Hg fand sich im Decoctum theils als Sublimat, theils als Verbindung mit organischen Stoffen.

Zunächst beschreibt Levi (11) die bis jetzt zum Nachweise der Hg-Ausscheidung veröffentlichten Methoden und die damit gewonnenen Resultate. Angesichts der schon von Wolff und Nega zur Zeit hervorgehobenen Thatsache, dass keine der Methoden von jeder Fehlerquelle freizusprechen sei, sowie mit Rücksicht auf den nöthigen Aufwand von Zeit und Material, so dass eine allgemeine Einführung derselben kaum zu erwarten, liess Doutrelepont die vor Kurzem veröffentlichte neue elektrolytische Methode von C. H. Wolff in Blankenese (cf. Zeitschr. f. angewandte Chemie 1888, Heft 10), die durch Einfachheit und doch grosse Genauigkeit sich auszeichnen sollte, nach dieser Richtung hin prüfen. Es ist dies um so freudiger zu begrüssen, als bis jetzt nur Ziegler die Wolff'sche Methode benützt hat (cf. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 12). Ueber die Einzelheiten beim Gebrauche des Apparates ist natürlich auf das Original zu verweisen. Es wurden nur mit Hydrarg. salicyl. behandelte Patienten in den Kreis der Untersuchung gezogen, schon deshalb, weil solche über die Ausscheidung

des Hg nach diesem Präparat bisher noch nicht angestellt worden sind. Der Verfasser glaubt, dass ein grosser Theil der verschiedenen Resultate in der Ausscheidungsfrage darauf zurückzuführen ist, dass bei der erkrankten Niere die Ausscheidung des Hg eine ganz andere ist, als bei der gesunden Niere. Die eigenen Untersuchungen, deren Zweck war, einen Beitrag zu der noch offenen Frage über den normalen Ausscheidungsmodus des Hg zu liefern, erstreckten sich deshalb nur auf Patienten ohne nachweisbare Nierenveränderung. In Folge dessen werden noch keine endgiltigen Resultate angegeben, vielmehr nur so viel gesagt, dass nach den bis jetzt angestellten Versuchen sich zu ergeben scheine, dass bei subcutaner Application des Hydrargyrum salicylicum nach 48 Stunden stets, vereinzelt auch schon früher Quecksilber im Harn nachzuweisen ist. Die in den ersten Tagen ausgeschiedenen Mengen seien gering, nähmen aber anscheinend rasch zu und liessen sich dann eine Zeitlang ununterbrochen nachweisen. Einmal gelang der Nachweis noch 6 Wochen nach Beendigung der Cur, während nach 9 Monaten keinerlei Spuren von Hg gefunden wurden. Levi glaubt, dass die Wolff'sche Methode wegen ihrer vielen Vorzüge sich allgemein Eingang verschaffen werde. Max Bender.

Gallwey (12) empfiehlt bei phagedänen Ulcerationen luetischer Natur das Calomel (in dicker Schicht aufgepulvert und in die Zwischenräume des Geschwürs gedrückt).

Nachdem Fournier (13) ausführlich und mit überschwänglichen Worten die therapeutischen Wirkungen des Jodkali geschildert, bespricht er ebenso ausführlich auch die Unzuträglichkeiten, Zufälle und Gefahren der Jodkaliumtherapie. Sie zerfallen je nach ihrer Häufigkeit 1. in gewöhnlich auftretende, 2. in selten sich zeigende und 3. nur in Ausnahmefällen eintretende Erscheinungen. Zu den ersten gehört der unangenehme Geschmack des Medicaments, der Jodschnupfen, die Jodakne, letztere beiden können sich in sehr unangenehmer Weise bemerkbar machen. In seltenen Fällen wird sogar Jodintoxication beobachtet unter den Erscheinungen der Jodgrippe. Das Auftreten der Erscheinungen ist plötzlich, ihre Dauer ist ebenfalls beschränkt; sie währt höchstens bis zum dritten Tag. Zu der zweiten Kategorie der seltenen Erscheinungen gehört 1. das Auftreten neuralgischer Schmerzen im Kopfe und den Kinnbacken, 2. das Auftreten von Zahnschmerzen, 3. von Speichelfluss, 4. von Conjunctivitiden, 5. von in Form von Petechien namentlich an den Waden auftretender Jod-Purpura. Nur in Ausnahmefällen wurden beobachtet 1. gastro-intestinale Beschwerden, vor Allem Diarrhöen, 2. Hämorrhagien (namentlich Nasenbluten), 3. Anschwellung der Speicheldrüsen, 4. leichte Urethritiden, 5. Jod-Trunkenheit, charakterisirt durch Schwindel, Unsicherheit beim Gehen, Zittern in den Waden, 6. endlich Eczeme und Hauteruptionen in Gestalt mannigfacher bullöser und pemphigusartiger Formen, wie Jodfurunculosis, Ecthyma iodicum, Eczema oder Urticaria etc. Die schwerste und glücklicherweise seltenste Erscheinung ist das Auftreten von Oedemen des Larynx oder der Lungen. Gründe für alle diese Erscheinungen lassen sich schwer beibringen, sie sind ebenso nach grossen wie nach kleinsten Dosen aufgetreten. Man hat ferner die Anwesenheit von Jodaten im Präparate oder Nierenerkrankungen für diese Erscheinungen verantwortlich gemacht, ohne auch hiefür sichere Beweise zu haben. Es bleibt daher nur übrig an eine persönliche Idiosynkrasie gegen Jod zu glauben. Galewsky.

Masucci (14) empfiehlt das Präparat zur Behandlung secundärer oder tertiärer Formen in Nase, Rachen oder Kehlkopf.

Dymnicki (15) erzielte in einer grossen Reihe vorwiegend schwerer Syphilisfälle glänzende Erfolge durch Combinirung einer eingreifenden Inunctionscur (3—4·0 Ung. cin. täglich) mit innerlicher Darreichung von Chinin (1·0—2·0 täglich). In Fällen von Syphilis ohne Temperatursteigerung, ohne bedeutende Schwankungen des Körpergewichtes war keine günstige Wirkung des Chinins zu constatiren.

Peroni (16) erklärt auf Grund von Versuchen, die auf Gibello's Klinik in Turin angestellt wurden, das Ichthyol als ein gutes Ersatzmittel für das Quecksilber in der Syphilistherapie. (?) Unter den 28 mit Ichthyol behandelten Fällen waren exulcerirende Primäraffecte 12mal, schuppende Hautsyphilide 4mal, impetiginöse Syphilide 2mal, papulöse Formen 3mal, Hautgummen 3mal, specifische Adenopathien 4mal vertreten. Das Ichthyol wurde innerlich in Dosen von einem halben bis zu 2 Gr. täglich verabreicht und äusserlich in wässerigen oder ätherischen Lösungen von 5 Procent und mehr zu Bepinselungen specifischer Affectionen angewendet. In Verbindung mit Salicylsäure gab das Ichthyol ebenfalls sehr gute Resultate; wird es bei intramusculären Hg-Injectionen dem Quecksilberpräparate beigemengt, so verhindert es das Auftreten von Stomatitis. Das Ichthyol soll sowohl die localen, als auch die Allgemeinerscheinungen rasch bessern. In einem der damit behandelten Fälle sah Peroni nach 14 Monaten keine Recidive. Aeusserlich wurde das Ichthyol bis zum Schwinden der örtlichen Erscheinungen, innerlich (in den oben angegebenen Dosen) durch mehrere Monate angewendet. Dornig.

Wie eine Correspondenz (17) aus Paris mittheilt, werden jetzt von französischen Autoren Experimentalversuche gemacht, das Bismuthum citricum, welches sich vermöge seiner Löslichkeit zu subcutanen Injectionen eignet, an Stelle des Mercurs für die Syphilisbehandlung zu verwenden. Die Resultate der Versuche, die in dem Lourcine-Hospital noch im Gange sind, werden später veröffentlicht werden.

Krówczynski (18). Auf Grund reicher persönlicher Erfahrungen und mehrerer angeführten ausführlichen Krankengeschichten kommt Verfasser zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Die besten Ergebnisse liefert die Excision der Primäraffectionen, verbunden mit gleichzeitiger Anwendung von localen Einreibungen, Ung. hydrargyr. ciner. in die Gegenden der nächst gelegenen Lymphdrüsen. 2. Die Application localer Einreibungen in die genannten Gegenden unter gleichzeitiger innerlicher Darreichung von Quecksilber- und Jodpräparaten noch vor dem Ausbruche allgemeiner Syphiliserscheinungen ist im Stande, das Auftreten derselben zu verzögern. Dabei zeigen die unter diesen Umständen auftretenden consecutiven Luessymptome einen milderen Charakter, und sind die localen Recidive (an den Genitalien) dabei seltener. Ob und inwiefern eine derartige Behandlung auf die tertiäre Periode der Lues von Einfluss ist, muss erst der Zeit überlassen werden, wo dann natürlich auch der Werth der angegebenen therapeutischen Massnahmen, die Verfasser einer weiteren Controle warm empfiehlt, erst entsprechend wird beurtheilt werden können. v. U.

Imperatori und Falleroni (19) konnten in 6 Fällen, in denen sie die Excision des syphilitischen Primäraffectes unter Bedingungen ausführten, die einen positiven Erfolg erwarten liessen — seit dem Auftreten des Primäraffectes waren erst wenige Tage verflossen, Drüsenschwellungen fehlten noch — den Ausbruch von Allgemeinerscheinungen nicht hintanhalten. Nichtsdestoweniger sind die Autoren keine unbedingten Gegner der Excision, da die Möglichkeit eines Erfolges derselben nicht absolut geleugnet werden könne. Dornig.

Hallopeau (20) befürwortet die systematische Behandlung aller specifischen localen Manifestationen — weil jede von ihnen einen Herd der Reinfection darstellt, und empfiehlt speciell das saure Hg-Nitrat, das zwar an und für sich starke Schmerzen verursacht, mit Cocain aber wohl angewendet werden kann und weit energischer wirkt, als das Argentum nitric. Sublimat in Pulverform wirkt sehr stark caustisch und ist wesentlich nur als Abortivmittel gegen den Schanker, wenn die Drüsen noch gesund sind, zu verwerthen; Sublimat in Lösung von 1 : 3—5000, namentlich in der Form von feuchten Verbänden, ferner Mercursalben, endlich Injectionen minimaler Dosen von grauem Oel werden energisch empfohlen. Die syphilitischen Erkrankungen der Respirationswege können mit Inhalationen von Hg-Dämpfen (durch Aufstreuen von Hg auf eine erhitzte Fläche) local behandelt werden. Ueber die Anwendung des Jodoforms wird nichts Neues mitgetheilt.
Jadassohn.

Ehrmann (21) spricht sich gegen die Excision des Primäraffectes zum Zwecke der Coupirung der Lues aus, wegen der vor dem klinischen Erscheinen der Sklerose eintretenden Erkrankung der Lymphwege, dagegen wendet er sie als einfache locale Therapie gern an. — Die präventive Allgemeinbehandlung der initialen Erscheinungen hält er nur in besonderen Fällen — bei schnell um sich greifenden Geschwürsformen oder bei störender Localisation — für indicirt; im Uebrigen behandelt er die Sklerose mit den üblichen Methoden (Emplastr. ciner., Calomel, Sublimatspülungen etc.). — Die pustulösen Efflorescenzen werden zuerst mit rother oder weisser Präcipitatsalbe bedeckt, bei raschem Fortschreiten am besten mit dem Lapis touchirt, bei Schleimhautpapeln ebenfalls Lapis oder Sublimatpinselungen, nur bei exulcerirten Jodtinctur oder Jodglycerin (Jod. pur. 1·0, Kal. jod. 3·0, Glycerini 30·0); bei breiten Condylomen und bei Psoriasis palmar. besonders auch 1—3procentig. Sublimatcollodium. Gummata der Haut und des Unterhautzellgewebes werden besser mit Jodglycerin bepinselt als mit grauem Pflaster bedeckt; solche der Schleimhaut erfordern, wenn sie exulcerirt und noch nicht gereinigt sind, Touchiren mit Argentum und Spülungen mit Jodjodkalilösung (1 : 2 : 500).

Semmola (22) behauptet, dass man bei allen Alterantien und ganz besonders beim Quecksilber die Wirkung des Medicamentes durch die Untersuchung des Blutes controliren müsse, und zwar sowohl durch die Bestimmung des Hämoglobingehaltes, als auch durch die Zählung der rothen Blutkörperchen (Semmola hat zu diesem Zweck den Chromocytometer von Bizzozzero, den Hämochromometer von Malassez und den Hämatometer von Fleischl angewendet). Man muss diese Prüfung vor, während und nach der Behandlung vornehmen — so lange der Hämoglobingehalt zunimmt, muss die Behandlung fortgesetzt, so wie er sinkt, muss sie sistirt werden; denn dann fängt das Hg als Gift zu wirken an.
Jadassohn.

Fournier (23) betont die Thatsache, dass Kinder Einreibungen mit grauer Salbe relativ viel besser vertragen, als Erwachsene (1—2 Gr. schon bei Säuglingen im Verhältnisse zu 4, in maximo 6—8 Gr. bei Erwachsenen) und betont ferner, dass Schwefelbäder die Toleranz gegen die Einreibungscur sehr erhöhe, so dass man gleichzeitig mit solchen viel grössere Dosen verwenden kann (eine Erfahrung, welche Neisser durch die Bildung von unlöslichem und daher unresorbirbarem Schwefelquecksilber auf der Haut erklärt hat). Die Einreibungen werden am besten vor dem Schlafengehen an den Seitenflächen des Thorax etwa 15 Minuten lang vorgenommen, dann die eingeriebenen Stellen mit Watte bedeckt, am nächsten Morgen abgeseift; zweimal wöchentlich ein Bad; im Ganzen durchschnittliche

Dauer der Schmiercur 4 Wochen, eventuell mit Ruhepause dazwischen. Bezüglich der Behandlung von Kindern, welche von syphilitischen Eltern abstammen, stellt Fournier den Satz auf, dass man — wenn die Kinder keine Symptome darbieten — sie nicht zu behandeln brauche, wenn nur der Vater syphilitisch ist (Seltenheit der paternen Infection!), ebensowenig, wenn die Mutter eine alte, seit Jahren symptomlose Lues hat — dagegen sollte man unter allen Umständen behandeln, wenn die Syphilis der Mutter frisch ist und besonders, wenn während der Gravidität Symptome vorhanden waren. Der Fall eines 4wöchentlichen, anscheinend nicht syphilitischen Kindes, bei dessen Section sich ausgebreitete gummöse Infiltrationen fanden, hat Fournier die Richtigkeit dieser Deductionen erst jüngst wieder ganz deutlich bewiesen.

Brémond (24) hat eine neue Behandlungsmethode der Lues eingeführt: er lässt den entkleideten Patienten in einem Apparate Platz nehmen, aus dem nur der Kopf hervorragt und setzt ihn dem Dampf aus, welcher Partikelchen von Sublimat und Jod bei seinem Eintritt in den Apparat aufnimmt. Der Verfasser hat mit dieser Methode in Fällen, in denen die interne und epidermatische Methode im Stich liess oder unangenehme Nebenwirkungen hervorbrachte, Erfolge erzielt. Jadassohn.

Oestreicher (25) empfiehlt die Injectionen löslicher Salze gegenüber denen unlöslicher Salze; Sublimat wendete er so an, dass er zuerst 0·02, dann 0·03, 0·04 bis 0·1 injicirte. Intoxicationserscheinungen wurden dabei nie beobachtet; ebensowenig Abscesse, selten Infiltrate; die Schmerzhaftigkeit war individuell sehr verschieden. Je 100 Gr. der Sublimatlösung waren 3 Gr. Chlornatrium zugesetzt.

Nieto (26) räth, die subcutane Methode nicht allein anzuwenden; er verwirft die unlöslichen Präparate wegen der Abscesse, Schmerzhaftigkeit und empfiehlt Quecksilberpeptonat für leichtere und das Sublimat für schwerere Syphilisfälle, letzteres in Lösung mit Chlorammonium in Form des Alembroth'schen Salzes. Letzteres soll am Trochanter, ersteres an der Schulter injicirt werden. Als Vehikel für die Einspritzung ist destillirtes warmes Wasser zu wählen.

Celestre (27) wendet in der Syphilistherapie Injectionen von Quecksilberalbuminat an, welches er stets frisch bereitet und zwar nach folgendem Modus: er hält zwei Lösungen in Bereitschaft; die erste enthält Aq. destill. 10·0, Glycerin 2·0, Phenol gtt. 5. Dazu gibt man das Weisse von 2 Eiern, lässt die Mischung durch ein paar Tage liegen, filtrirt sie durch ein Tuch und setzt dann dem Filtrate 0·1—0·15 Cocainum hydrochlor. zu. Die zweite Lösung besteht aus Glycerin 2·0, Aq. destill. 8·0, Natron chlorat., Hydrarg. bichlor. corros. āā 1·0. Von dieser Lösung enthalten 1—2 Tropfen 0·005 bis 0·01 Sublimat. Celestre füllt nun eine Pravaz'sche Spritze mit der ersten Lösung, entleert sie in ein Porzellanschälchen, setzt 1—2 Tropfen der zweiten Lösung zu und führt mit dieser Mischung die Injection aus. Nach den Versicherungen Celestre's sind seine Quecksilberalbuminat-Injectionen vollkommen schmerzlos und setzen keine Infiltrate. — Genau ist die Dosirung eben nicht. Dornig.

Clarke (28) referirt die Erfahrungen, die Gelineau über die subcutane Behandlung der Syphilis gemacht und in der „Médecine hypodermique" vom 1. April 1889 niedergelegt hat. Gelineau gibt während der Periode des Auftretens von Primäraffect und Secundärerscheinungen auf der Haut und im Munde wöchentlich zwei Injectionen von Cyanquecksilber. Fünfzehn Tage nach ihrem Verschwinden beginnt er Injectionen von

einer Lösung von Jod in Oel (1:20). Diese gibt er wöchentlich einmal, drei Monate lang. Dann gibt er 8—10 Mercurinjectionen in einem Zeitraume von 20 Tagen, einige Zeit darauf wieder Jodinjectionen drei Monate lang. In dieser Weise werden die beiden Medicamente abwechselnd 1 Jahr lang gegeben. Ledermann.

Fischer (29). Die gemachten Injectionen riefen keine besonders unangenehmen Erscheinungen hervor.

Soukoff (30) empfiehlt Injectionen von Zinnober (3·75 auf 30 Gr. Oel), zuerst wöchentlich eine, später alle 7—10 Tage je 2 Injectionen. Die Hg-Ausscheidung soll erst am 3. Tage nach der Einspritzung beginnen, sehr allmälig ansteigen und ebenso wieder abnehmen. Die Wirkung tritt oft erst 3 oder 4 Monate nach der Einspritzung auf. Bei 800 Injectionen wurde kein Abscess beobachtet; ebensowenig Schmerzen oder Störungen des Allgemeinbefindens. Soukoff empfiehlt die Injectionen für milde, verlaufende Syphilisformen; bei den schwerer verlaufenden müssen energischer wirkende, löslichere Präparate versucht werden. Jadassohn.

Illingworth (31) empfiehlt die Anwendung des Biniodide of mercury wegen seiner ausgezeichneten keimtödtenden Eigenschaften, sowohl innerlich als local bei den verschiedensten Krankheiten, namentlich denen der Haut. Bei Gonorrhöe wendet er dasselbe in Lösung von 1 : 4000—5000 an, mit Zusatz von wässeriger Opiumlösung. Galewsky.

Mandry (32) hat auf Lichtenstern's Abtheilung des Kölner Bürgerhospitales seit October 1888 das nach Lang's Vorschrift bereitete Oleum cinereum angewandt. Anfangs injicirte er alle 4—8 Tage an zwei Stellen je 0·1 bis 0·15 Ccm. in die Nates, später alle 8 Tage 0·3 Ccm., abwechselnd rechts und links. Die von Lang angegebene Maximaldosis von 2 Ccm. wurde nur ausnahmsweise überschritten, weil anderenfalls schwere Mundentzündungen eintraten. Sobald die Symptome deutlich zurückgingen, spätestens aber nach 5 Wochen — also 5 Einspritzungen — wurden die Injectionen ausgesetzt, um, wenn nöthig, nach längerer Pause — 6—8 Wochen — wieder aufgenommen zu werden. Bei insgesammt 547 Injectionen an 81 weiblichen und 26 männlichen Kranken erwies sich das Oleum cinereum als ein Antisyphiliticum, das in der Sicherheit der Wirkung keinem der gebräuchlichen Mittel nachsteht, in der Schnelligkeit der Wirkung von der grauen Salbe und, wie es scheint, vom Calomel um etwas übertroffen wird. Die Einspritzungen sind nahezu schmerzlos, die Methode selbst gefahrlos, so lange die Dosirung in den angegebenen Grenzen bleibt und die Kranken auf sorgfältige Mundpflege achten. Die Zeit, in der Verfasser das graue Oel anwandte, ist zu kurz, um ein einigermassen sicheres Urtheil abzugeben, wie bald Recidive nach Beendigung der Cur auftreten.

Sternthal.

Lukasiewicz (33). Ein 46 Jahre altes, gesundes Weib wurde an der Klinik von Kaposi wegen papulösem Syphilid, Defluvium capillorum mit Injectionen von Oleum cinereum behandelt. Sie erhielt am 20. September und 27. September je 0·2 Ccm. 28. September Erbrechen, Spur von Eiweiss im Urin, die rasch schwand. Wegen neuerlicher Nachschübe von Papeln erhielt sie am 4. October 0·15 Ccm., am 11., 18. und 25. October je 0·2, am 8. November 0·15 Oleum cinereum. Eine Woche nach der letzten Injection Salivation mit starker Schwellung des Zahnfleisches, Diarrhöe. Trotz entsprechender Medication rasche Verschlimmerung. Geschwüre im Munde, Blut im Stuhl, Eiweiss im Urin. Verschlimmerung des Allgemeinzustandes, Abmagerung, Collaps, Tod am 19. December. Die Section ergab, neben geringen Lungenhypostasen acute Nephritis, ausgebreitete Gastro-Enteritis mit diphtheroider Entzündung

des ganzen Dickdarms. Lukasiewicz führt drei weitere Fälle an, in denen auf Injection von 0·8—1·2—1·6 Ccm. Oleum cinereum schwere Stomatitis, in einem Falle auch Albuminurie auftrat. Lukasiewicz untersuchte im Laboratorium von Professor Weichselbaum zunächst eine Injectionsstelle, diese zeigte mikroskopisch 4 Zonen: a) Im Centrum totale oder partielle Nekrose mit zahlreichen Quecksilberkügelchen, Muskelbündel untergegangen, Kerne des Bindegewebes zum Theil erhalten; b) Granulationsgewebe, dessen Rundzellen zum Theil zerfallen; c) eine Zone grosser, dicht liegender Zellen, die zum Theile Quecksilberkügelchen, zum Theile Fett und gelbes Pigment halten, Reste von Muskelbündeln; d) junges, vielkerniges Bindegewebe, zwischen demselben Muskelprimitivbündel in verschiedenen Stadien der Degeneration. Nach aussen davon normale Muskelbündel. Die Kerne des Sarkolemms und des Perimysium zum Theil vermehrt. Die Untersuchung der Niere ergab trübe Schwellung und Nekrosirung des Epithels der Tubuli contorti, Zelleninfiltration des Bindegewebes, Kalkablagerungen, die auf Hämatoxylin deutlich hervortreten. Finger.

Nachdem Lépine (34) die Beobachtungen und Theorien der verschiedenen Autoren über die diuretische Wirkung des Calomel im besonderen und der Hg-Präparate im Allgemeinen besprochen, kommt er zu dem Schlusse, dass, wenn man in übermässiger Weise die Nierensecretion durch Hg-Gebrauch in Anspruch nimmt, man Gefahr läuft, die eliminatorische Kraft der Niere zu erschöpfen. Man muss bei Verminderung der Urinsecretion, ferner beim Auftreten oder bei einer Steigerung der Albuminurie sofort mit dem Gebrauche des Hg aussetzen, da nach Brasse und Wirth die Verminderung der Ausscheidung des letzteren mit jenen in engem Zusammenhang steht. Zum Schlusse kommt Lépine auf die Verkalkung der Tubuli der Nierenrinde bei Hg-Intoxication zu sprechen. Nach Senger soll unter dem Einfluss des Hg die Alcalescenz des Blutes durch Bildung einer Säure (Milchsäure) abnehmen, welch letztere den kohlensauren Kalk der Knochen lösen und essigsauren Kalk erzeugen soll, der, ins Blut zurückgekehrt, sich wieder in kohlensauren Kalk verwandelt und durch die Nieren ausgeschieden wird. Nur wenn durch das Hg das Nierenepithel sehr geschädigt und dadurch die Diurese gehindert wird, sammelt sich der Kalk in den Harncanälchen der Rinde an. Zeising.

Ludwig (35). Die Localisation findet hauptsächlich in der Leber und Milz, auch an einzelnen Stellen des Dickdarms statt, während Gehirn, Muskeln und Knochen nur wenig Hg enthalten.

Földessy (36) berichtet über einen Fall von Sublimat-Dysenterie, die nach einer Verätzung der Conjunctiva mit Sublimat — dasselbe war statt Calomel aus Versehen eingepulvert worden — bei einem 9 Jahre alten Kinde eingetreten war, aber günstig verlief. Auffallend ist die Intoxication durch die doch gewiss recht geringe Dosis.

Cohn (37) bestätigt im Gegensatze zu Hirschberg die von den Augenärzten längst anerkannte Erfahrungsthatsache, dass bei innerer Darreichung von Jodpräparaten Einstäubung von Calomel in die Conjunctiva Entzündung derselben erzeuge, für einige „substituirte Jodpräparate", nämlich für Jodoform, Jodol, und Aethyljodid. Für die Praxis ist wichtig, dass man sich also auch bei Jodoform- und Jodolbehandlung vor der Verwendung des Calomel im Conjunctivalsack hüten muss.

Ehlers (38). Das Resultat der Untersuchungen ist, dass das Jodkalium, in grossen Dosen gegeben, ungeheuer leicht und schnell ausgeschieden wird.

Tommasoli (39) möchte den Ausspruch Peroni's (Giorn. della R. Accad. med. di Torino, Jänner 1889), dass das Ichthyol ein gutes Ersatzmittel des Quecksilbers in der Syphilistherapie sei, dahin corrigirt wissen, dass das Ichthyol ebenso wie der Schwefel und das Resorcin bei jenen Syphilisformen mit Erfolg angewendet werden könne, welche auf einer Mischinfection beruhen, nämlich bei mit Eiterung einhergehenden luetischen Manifestationen, sowie dort, wo sich die Syphilis mit Unna's seborrhoischem Eczem complicirt; eine specifische Wirkung komme dem Ichthyol nicht zu. Dornig.

Renzi (40) sah bei Anwendung von Sublimatlösungen von 0·25:1000 in höchstens 4 Tagen stets Heilung eintreten.

Suchannek (41) empfiehlt speciell für luetische Ulcera der Nase die Anwendung des Sozojodolquecksilbers im Verhältniss von 1 : 20 bis höchstens 1 : 10 Talcum — auch in dieser Concentration ist wegen der ätzenden und reizenden Wirkungen des Präparates grosse Vorsicht nothwendig.

Schweinitz (42). Auch bei syphilitischen Augenleiden wirkt, wenn selbst die Specifica keinen Einfluss auf die Schmerzen haben, Antipyrin — manchmal auch nur in Verbindung mit der antiluetischen Behandlung — in Dosen von 0·6 dreimal täglich oder 0·9 vor dem Einschlafen — vortrefflich.

Autoren-Register.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Z.



C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien. — 263589

